

Gesetzentwurf

der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune

(Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz– GVSG)

A. Problem und Ziel

Eine noch besser auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten ausgerichtete Gesundheitsversorgung unter Berücksichtigung der Interessen der an der Versorgung mitwirkenden Personen und Berufsgruppen soll mit der Weiterentwicklung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) erreicht werden. Es werden die Interessenvertretung der Pflege sowie die Patientenvertretung gestärkt, die Entscheidungen der Selbstverwaltung beschleunigt und die Mitsprachemöglichkeiten der Vertretungen der Hebammen und der von Hebammen geleiteten Einrichtungen, wissenschaftlicher Fachgesellschaften und weiterer Betroffener ausgebaut.

Nachdem es den Organen der Sozialversicherungsträger (unter anderem den Krankenkassen) gesetzlich ermöglicht wurde, Sitzungen mit Beschlussfassungen auch in hybrider und digitaler Form durchzuführen, soll die Zulässigkeit dieser heutigen Sitzungsformate rechtsicher auch für andere Selbstverwaltungsorgane und -gremien nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) verankert werden. Dies stärkt die Funktionsfähigkeit der betreffenden Selbstverwaltungsgremien und ermöglicht eine effizientere Durchführung ihrer Sitzungen.

Mit dem Ziel, die Kommunen besser in die Lage zu versetzen, eine starke lokale Versorgungsinfrastruktur aufzubauen, wird die Gründung kommunaler medizinischer Versorgungszentren (MVZ) erleichtert.

Hinsichtlich der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen bestehen verschiedene Herausforderungen. Vulnerable Patientengruppen haben besondere im Bereich der ambulanten psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung spezifische Versorgungsbedürfnisse, zudem ist für sie eine flächendeckende und zielgerichtete Versorgung besonders wichtig. Ziel ist es daher, den Zugang zur Versorgung für Kinder und Jugendliche sowie für Patientinnen und Patienten die aufgrund ihrer persönlichen und sozialen Lebensumstände benachteiligt sind zu verbessern. Auch die Sicherstellung des psychotherapeutischen Nachwuchses ist ein wichtiges Anliegen. Aus diesem Grund sind die bestehenden vergütungsrechtlichen Regelungen für die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Weiterbildung und die Weiterbildungsambulanzen unter Berücksichtigung der jeweiligen Weiterbildungsordnungen anzupassen. Darüber hinaus werden bei der Psychotherapie Vereinfachungen und Flexibilisierungen beim Antrag auf Kurzzeittherapie und beim Konsiliarbericht vorgesehen. Um die Versorgungssituation in der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung besser beurteilen zu können, benötigt das Bundesministerium für Gesundheit außerdem valide Informationen.

Eine möglichst zeitnahe Versorgung von Versicherten, die unter schweren Krankheiten leiden oder von Behinderung betroffen sind, mit medizinisch notwendigen Hilfsmitteln ist zur bestmöglichen Unterstützung der kognitiven und motorischen Entwicklung der Betroffenen, zur Sicherung ihrer Teilhabe sowie zur Vermeidung von Begleit- und Folgeerkrankungen

unerlässlich. Ziel ist es, die entsprechenden Bewilligungsverfahren für Hilfsmittelversorgungen zu beschleunigen.

Zur Stärkung ihrer Gesundheitskompetenz sind gesetzlich Versicherte oftmals auf eine fachkundige, bedarfsorientierte und schnelle Unterstützung sowie auf die Beratung durch ihre Kranken- und Pflegekasse angewiesen. Bislang fehlt es an einem übersichtlichen und vergleichenden Angebot, damit sich Versicherte niedrigschwellig über die Arbeit von Kranken- und Pflegekassen informieren können. Ziel des Gesetzentwurfs ist es daher auch, die Transparenz hinsichtlich der Servicequalität der Kranken- und Pflegekassen sowie hinsichtlich des Leistungsgeschehens in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der sozialen Pflegeversicherung zu erhöhen.

Zudem haben sich das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und das Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz über den Übergang der Verordnungsermächtigung für die Arzneimittelpreisverordnung auf das BMG verständigt.

Infolge des Flexirentengesetzes vom 8. Dezember 2016 (BGBl. I S. 2838) kommt es vermehrt zu Fällen, in denen privat krankenversicherte Rentnerinnen und Rentner durch gezieltes Absenken des Rentenzahlungsbetrages auf die Einkommensgrenze der Familienversicherung nach § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V eine Aufnahme in die Familienversicherung erhalten. Bei anschließender Wahl einer Vollrente können sie ihre Versicherung als freiwillige Mitgliedschaft in der GKV fortsetzen. Diese Missbrauchsmöglichkeit zulasten der Solidargemeinschaft der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler soll unterbunden werden. Gleiches gilt für die soziale Pflegeversicherung.

Waisenrentner sind in der GKV seit 2017 zwar versicherungspflichtig, die Waisenrente ist jedoch grundsätzlich beitragsfrei. Das gilt jedoch nicht für Waisenrentner, die einen Bundesfreiwilligendienst oder Jugendfreiwilligendienst (als freiwilliges soziales Jahr oder freiwilliges ökologisches Jahr) absolvieren. Das hierfür gewährte Taschengeld bewirkt, dass der Freiwilligendienst wie eine entgeltliche Tätigkeit bewertet wird, weshalb auch die Waisenrente beitragspflichtig wird. Da diese Beitragspflicht eine Erschwernis für junge Menschen darstellen kann, die bereit sind, sich freiwillig für die Gesellschaft zu engagieren, soll eine Beitragsfreiheit für Waisenrenten auch bei Freiwilligendiensten normiert werden. Gleiches gilt für die soziale Pflegeversicherung.

Die finanzielle Attraktivität der Ausübung einer allgemeinärztlichen Tätigkeit wird angesichts des Verantwortungsumfangs in der hausärztlichen Versorgung im Vergleich mit der Tätigkeit anderer Facharztgruppen als vergleichsweise gering bewertet. Dies äußert sich in größeren werdenden Problemen bei der Nachbesetzung hausärztlicher Arztstühle. Als Maßnahme, um die hausärztliche Versorgung auch künftig flächendeckend zu gewährleisten, soll die Budgetierung der ärztlichen Honorare im hausärztlichen Bereich aufgehoben werden. Zudem werden weitere Reformen in der hausärztlichen Vergütung, die die hausärztlichen Praxen entlasten sollen, vorgenommen.

Zudem soll für Ärztinnen und Ärzte Bürokratieaufwand im Bereich der Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen abgebaut werden.

Die Vergütung der Kosten durchgeführter Testungen auf das Coronavirus SARS-CoV-2 bei voll- oder teilstationären Patientinnen und Patienten im Krankenhaus erfolgt weiterhin über ein separates Zusatzentgelt. Wie andere pandemiebedingte Sonderregelungen ist auch diese Regelung nach dem Ende der COVID-19-Pandemie nicht mehr erforderlich.

Seit dem Jahr 2004 sind die Kranken- und Pflegekassen – wenn angezeigt auch ihre Landesverbände – sowie der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) gesetzlich verpflichtet, Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen einzurichten und zu betreiben. Diese wichtige Arbeit muss weiterentwickelt und gestärkt werden, damit insbesondere Betrugsfälle zulasten der GKV besser vermieden, aufgedeckt

und verfolgt werden können. Ziel ist es, die Solidargemeinschaft noch wirksamer davor zu schützen, dass ihr Finanzmittel unberechtigt entzogen werden und möglichst viele unzulässig abgeflossene Gelder wieder einzutreiben.

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) erhielt der Bundesrechnungshof (BRH) im Hinblick auf die pauschale Abgeltung versicherungsfremder Leistungen der GKV durch Bundeszuschüsse ein Prüfrecht in Bezug auf die gesetzlichen Krankenkassen, ihre Verbände und ihre Arbeitsgemeinschaften mittels Anfügung des § 274 Absatz 4 SGB V. Seit dieser Zeit hat der BRH immer wieder darauf hingewiesen, dass er für eine wirksame Finanzkontrolle im Gesundheitswesen Prüfrechte bei weiteren Selbstverwaltungsorganisationen, insbesondere bei den Kassenärztlichen Vereinigungen, ihren Bundesvereinigungen und dem G-BA, benötige. Die Prüfrechte des BRH sollen in diesem Sinne nunmehr ausgebaut werden, um die finanzielle Transparenz und Kontrolle im Gesundheitssystem weiter zu erhöhen.

B. Lösung

Im G-BA wird den Berufsorganisationen der Pflegeberufe ein Antrags- und Mitberatungsrecht bei den Richtlinien und Beschlüssen über die Qualitätssicherung sowie bei weiteren Aufgabenbereichen des G-BA, die die Berufsausübung der Pflegeberufe betreffen, eingeräumt. Zudem wird die Vorgabe eingeführt, dass Entscheidungen über die Einrichtung einer Arbeitsgruppe und die Bestellung von Sachverständigen durch einen Unterausschuss in den für die Pflegeberufe relevanten Bereichen im Einvernehmen mit der Vertretung der Berufsorganisationen der Pflegeberufe getroffen werden. Darüber hinaus wird die Vertretung der Berufsorganisationen der Pflegeberufe zur Wahrnehmung der erweiterten Beteiligungsrechte finanziell unterstützt.

Damit die Belange der Patientinnen und Patienten noch besser berücksichtigt werden, erhält die Patientenvertretung das Recht, eine Beschlussfassung im Beschlussgremium des G-BA einmalig zu verhindern, wodurch eine erneute Auseinandersetzung mit den bestehenden Bedenken oder Einwänden der Patientenvertretung in den Gremien des G-BA erfolgen soll.

Zur Beschleunigung der Verfahren im G-BA wird die Verpflichtung des G-BA zur jährlichen Berichterstattung an den Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages modifiziert und es werden weitere Fristvorgaben eingeführt.

Die Stellungnahmerechte der einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften sowie weiterer Fachorganisationen werden auf weitere Arbeitsbereiche des G-BA ausgedehnt. Die bisherigen Stellungnahmerechte der Vertretungen der Hebammen werden erweitert und zu Beteiligungsrechten ausgebaut.

Die langjährige Praxis der Beratung des G-BA durch die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) insbesondere im Rahmen der Vorbereitung von Beschlüssen zur Arzneimittel-Richtlinie wird gesetzlich verankert und eine Grundlage für die Zahlung eines angemessenen Aufwendersatzes für die Wahrnehmung dieser Aufgabe geschaffen.

Für die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, den G-BA sowie den Bewertungsausschuss wird jeweils klargestellt, dass sie die Durchführung von hybriden und digitalen Sitzungen in ihren Satzungen beziehungsweise Geschäftsordnungen regeln können.

Für die Zulassung eines MVZ in der Rechtsform der GmbH sieht der Gesetzentwurf die Möglichkeit vor, die gesetzlich vorgesehenen Sicherheitsleistungen der Höhe nach zu begrenzen. Darüber hinaus wird klargestellt, dass die Verwendung von Mitteln des

Strukturfonds zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung nicht von der Feststellung einer Unterversorgung oder eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs abhängt.

Es werden verschiedene Maßnahmen ergriffen, um die ambulante Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zielgerichtet zu verbessern, zu erleichtern und auch perspektivisch sicherzustellen. Den besonderen Versorgungsbedürfnissen von Kindern und Jugendlichen beim Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung wird durch eine separate Bedarfsplanung Rechnung getragen. Durch einen neuen Ermächtigungstatbestand wird der Zugang von vulnerablen Patientengruppen zur ambulanten psychotherapeutischen und psychiatrischen Behandlung verbessert. Zudem wird eine korrespondierende Regelung für Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schwerer Mehrfachbehinderung ergänzt. Darüber hinaus werden bei der Psychotherapie Vereinfachungen und Flexibilisierungen beim Antrag auf Kurzzeittherapie und beim Konsiliarbericht vorgesehen. Da die Weiterbildungsordnungen für die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Weiterbildung vorsehen, dass die Weiterbildung im hauptberuflichen Angestelltenverhältnis durchgeführt wird, sind rechtliche Vorgaben zur Weitergabe eines Teils der Vergütung, den die Weiterbildungsambulanzen von den Krankenkassen für durch die Weiterbildungsteilnehmenden erbrachten Leistungen erhalten, obsolet und damit zu streichen. Auch wird die Position der Weiterbildungsambulanzen dadurch gestärkt, dass sie die Möglichkeit erhalten, ihre Vergütung mit den Krankenkassen selbst zu verhandeln. Das Bundesministerium für Gesundheit erhält zudem zukünftig jährlich Informationen über die Erfüllung von Versorgungsaufträgen durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie Vertragspsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten.

Zur Beschleunigung von Bewilligungsverfahren im Hilfsmittelbereich bei Anträgen von Kindern oder Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schwerer Mehrfachbehinderung wird das Prüfprogramm der Krankenkassen für solche Hilfsmittelversorgungen eingeschränkt, die von Versicherten beantragt werden, die in einem sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) oder einem medizinischen Behandlungszentrum für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schwerer Mehrfachbehinderung (MZEB) in Behandlung sind, sofern der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin des SPZ oder des MZEB die beantragte Versorgung empfiehlt. Die Krankenkassen haben in diesen Fällen von der medizinischen Erforderlichkeit der beantragten Versorgung auszugehen.

Um die Service- und Leistungsqualität der Krankenkassen für gesetzlich Versicherte transparenter zu machen, werden die Krankenkassen verpflichtet, künftig jährlich einheitliche Kennzahlen und Informationen zu ihrer Service- und Leistungsqualität zu erheben. Diese Kennzahlen und Informationen sind vom GKV-Spitzenverband einheitlich und verbindlich in einer Richtlinie festzulegen und jährlich auf einer digitalen Plattform zu veröffentlichen. Somit wird die Vergleichbarkeit der Service- und Leistungsqualität in der GKV gewährleistet und der Qualitätswettbewerb zwischen den Krankenkassen gestärkt. Durch eine Veröffentlichung auf einer digitalen und interaktiven Vergleichsplattform wird zudem ein übersichtliches und niedrigschwelliges Informationsangebot für in der GKV Versicherte geschaffen und somit auch die Gesundheitskompetenz der Versicherten erhöht. Die gesetzlichen Vorgaben gelten ebenso für die Pflegekassen.

Im Übrigen wird die Verordnungsermächtigung für die Arzneimittelpreisverordnung in § 78 Absatz 1 Arzneimittelgesetz geändert.

Ein Wechsel aus der privaten Krankenversicherung in die Familienversicherung der GKV durch Absenken einer Altersrente auf eine Teilrente wird ausgeschlossen.

Um junge Menschen, die bereit sind, sich freiwillig für die Gesellschaft zu engagieren, zu unterstützen, werden Waisenrenten oder entsprechende Hinterbliebenenversorgungsleistungen auch während der Ableistung eines Freiwilligendienstes innerhalb der Altersgrenzen nach § 10 Absatz 2 Nummer 3 SGB V in der GKV und der sozialen Pflegeversicherung beitragsfrei gestellt.

Um die ambulante ärztliche Versorgung in der GKV auch künftig flächendeckend sicherzustellen, ist es essentiell, die hausärztliche Versorgung zu stärken. Hierfür werden mehrere Maßnahmen zur Anpassung der Vergütung der Hausärztinnen und Hausärzte ergriffen. Die Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung werden von mengenbegrenzenden oder honorarmindernden Maßnahmen ausgenommen (Entbudgetierung). Zudem werden eine quartalsübergreifende Versorgungspauschale zur Behandlung chronisch kranker Patientinnen und Patienten, die keinen intensiven Betreuungsaufwand aufweisen, sowie eine – an die Erfüllung bestimmter Kriterien durch die Hausärztin oder den Hausarzt geknüpfte – Vorhaltepauschale für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrages eingeführt.

Durch die Vorgabe zur Festlegung einer Geringfügigkeitsgrenze im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfungen ärztlich verordneter Leistungen werden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte entlastet und wird Bürokratie abgebaut.

Das Zusatzentgelt für die Vergütung der Kosten durchgeführter Testungen auf das Coronavirus SARS-CoV-2 bei stationärer Krankenhausbehandlung wird aufgehoben. Zukünftig werden für Testungen auf das Coronavirus SARS-CoV-2 entstehende Kosten systemkonsistent im Rahmen der regulären Entgelte berücksichtigt.

In die Fehlverhaltensbekämpfung der Kranken- und Pflegekassen werden die Landesverbände der Krankenkassen nunmehr ausnahmslos einbezogen, um insbesondere kleinere Krankenkassen bei dieser Aufgabe zu unterstützen. Zudem werden Datenübermittlungsbefugnisse erweitert und die Voraussetzungen für eine auf Künstlicher (KI)- gestützten Datenverarbeitung gesetzlich klargestellt. Der GKV-Spitzenverband wird verpflichtet, auf der Grundlage eines von ihm einzuholenden externen Gutachtens ein Konzept für eine bundesweite Betrugspräventionsdatenbank vorzulegen.

Zudem werden dem Bundesrechnungshof im Interesse einer wirksamen Finanzkontrolle im Gesundheitswesen Prüfrechte auch gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen, ihren Bundesvereinigungen, den Medizinischen Diensten, dem Medizinischen Dienst Bund (MD Bund) sowie dem G-BA eingeräumt.

C. Alternativen

Keine.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Bund, Länder und Kommunen

Aufgrund der Streichung des Zusatzentgelts für die Kosten durchgeführter Testungen auf das Coronavirus SARS-CoV-2 bei voll- und teilstationären Patientinnen und Patienten, ergeben sich für Bund, Länder und Kommunen als Träger der Beihilfe ab dem Jahr 2025 jährliche Einsparungen in Höhe eines niedrigen einstelligen Millionenbetrages.

Gesetzliche Krankenversicherung

Der Ermächtigungstatbestand in der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte führt zu Mehrkosten in nicht quantifizierbarer Höhe. Weder ist abzusehen, wie viele Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Ärztinnen und Ärzte von dem neuen Ermächtigungstatbestand Gebrauch machen werden, noch wie viele Versicherte, die die Voraussetzungen für die Versorgung durch diese Leistungserbringer erfüllen, zusätzlich behandelt werden.

Die Maßnahmen im Bereich der Vergütung der hausärztlichen Versorgung führen zu unterschiedlichen finanziellen Auswirkungen. Die Entbudgetierung der Hausärztinnen und Hausärzte führt zu jährlichen Mehrausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe eines unteren dreistelligen Millionenbetrages. Durch die Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen (EBM) im Hinblick auf die Einführung einer quartalsübergreifenden Versorgungspauschale zur Behandlung chronisch kranker Patientinnen und Patienten sowie einer Vorhaltepauschale für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrages soll es zu keinen Mehr- oder Minderausgaben für die GKV kommen.

Es ist davon auszugehen, dass durch die Regelungen zur separaten Bedarfsplanung von Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln, zusätzliche ambulante Niederlassungsmöglichkeiten entstehen. Dadurch können der GKV ab dem Jahr 2026 Mehrausgaben in Höhe eines niedrigen bis mittleren zweistelligen Millionenbetrages pro Jahr entstehen.

Durch die Regelung zur Vorgabe einer Geringfügigkeitsgrenze in Höhe von 300 Euro in den Rahmenvorgaben, bis zu deren Erreichung keine Wirtschaftlichkeitsprüfungen ärztlich verordneter Leistungen nach § 106b Absatz 1 SGB V durchzuführen sind, ergibt sich eine zusätzliche jährliche finanzielle Belastung der GKV in Höhe von rund 3 Millionen Euro. Dem gegenüber stehen Einsparungen beim Erfüllungsaufwand, die sich aus einer Reduktion der Ausgaben für die Prüfverfahren ergeben (siehe hierzu unter E.2).

Aufgrund der Streichung des Zusatzentgelts für die Kosten durchgeführter Testungen auf das Coronavirus SARS-CoV-2 bei voll- und teilstationären Patientinnen und Patienten ergeben sich für die GKV ab dem Jahr 2025 jährliche Einsparungen in Höhe eines niedrigen dreistelligen Millionenbetrages.

1. Haushaltsausgaben ohne Vollzugaufwand

Durch die Ausführung des Gesetzes entstehen keine unmittelbaren zusätzlichen Kosten für die deutschen öffentlichen Haushalte.

2. Vollzugaufwand

Die Ausführung des Gesetzes führt zu keinem nennenswerten Vollzugaufwand.

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Für die Bürgerinnen und Bürger entsteht kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Durch die Einführung einer Versorgungspauschale und die hiermit verbundene Reduktion medizinisch nicht notwendiger persönlicher Arzt-Patienten-Kontakte und Bürokratieaufwände (bei Abrechnungsverfahren und Arzneimittelverordnungen) werden die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer in nicht quantifizierbarer Höhe entlastet.

Durch die Regelungen zur Vereinfachung der Erbringung psychotherapeutischer Leistungen ergibt sich auf Grundlage von Schätzungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ein Wegfall von Bürokratiekosten für die Vertragsärzte-/Vertragspsychotherapeuten in Höhe von insgesamt ca. 16,8 Mio. € jährlich. Für die Weiterbildungsambulanzen sinkt

der Erfüllungsaufwand nach der Neuregelung für die psychotherapeutische Weiterbildung, da künftig keine Nachweise und Mitteilungen nach § 117 Absatz 3c Satz 4 und 5 SGB V vorgesehen sind.

Durch die Regelung zur Vorgabe einer Geringfügigkeitsgrenze in Höhe von 300 Euro in den Rahmenvorgaben, bis zu deren Erreichung keine Wirtschaftlichkeitsprüfungen ärztlich verordneter Leistungen nach § 106b Absatz 1 SGB V beantragt werden sollen, wird jährlicher Erfüllungsaufwand bei den Prüfstellen eingespart. Unter der Annahme, dass ein Prüfverfahren Kosten in Höhe von 350 Euro verursacht und dass die Festlegung der Geringfügigkeitsgrenze auf 300 Euro zu einer Reduktion von rund 70 Prozent der jährlich durchgeführten Prüfverfahren (im Jahr 2022: rund 47 000 Prüfverfahren) führt, ergibt sich eine Reduktion des jährlichen Erfüllungsaufwands von rund 11,5 Millionen Euro. Hinzu kommt die Reduktion des Erfüllungsaufwands bei bislang in die Prüfverfahren einbezogenen Ärztinnen und Ärzten in nicht quantifizierbarer Höhe.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Die Änderungen wirken sich nicht auf die Bürokratiekosten aus Informationspflichten aus.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

1. Bund, Länder und Kommunen

Für den Bund, hier das BMG, entsteht im Rahmen der aufsichtsrechtlichen Prüfung weiterer Beschlüsse zur Anpassung des EBM sowie der Genehmigung des Konzepts und Einvernehmensherstellung der Evaluierung für die Versorgungspauschale nach § 87 Absatz 2b Sätze 5ff SGB V ein einmaliger Erfüllungsaufwand von rund 2 500 Euro.

Dem BRH entsteht künftig ein begrenzter, aktuell nicht bezifferbarer, kontinuierlicher Erfüllungsaufwand durch die Wahrnehmung der zusätzlichen Prüfrechte gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen, ihren Bundesvereinigungen, den Medizinischen Diensten, dem MD Bund sowie dem G-BA. Der Aufwand personeller Ressourcen hierfür hängt davon ab, wie häufig und wie umfangreich er die Prüfungen gestaltet. Die zuständigen Mitglieder des BRH entscheiden in richterlicher Unabhängigkeit (Artikel 114 des Grundgesetzes) über künftige Prüfungen. Ein zusätzlicher Aufwand durch neue Prüfungskompetenzen entsteht für den BRH generell nur dann, wenn er auf diese organisatorisch reagiert und zusätzliche Stellen schafft oder bestehende Stellen außerplanmäßig neu nachbesetzt. Dies ist bei dieser Regelung nicht der Fall. Die Prüfungsgegenstände und Prüfungsvolumina des BRH sind ständigen Veränderungen unterworfen. Aufgrund seiner begrenzten Prüfungskapazität kann der BRH innerhalb seiner Zuständigkeit ohnehin stets nur punktuell stichprobenhaft prüfen. Die Priorität der Prüfungsthemen bestimmt dabei deren Auswahl innerhalb der vorhandenen Prüfungskapazität des BRH. Dabei ist auch einzubeziehen, dass Doppelprüfungen bei den Selbstverwaltungskörperschaften, die schon regelmäßig durch den Prüfdienst des BMG (§ 274 Absatz 1 Satz 3 SGB V) geprüft werden, vermieden werden sollen. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass sich der BRH im Rahmen der Prüfung der Aufsichtstätigkeit des BMG überwiegend auch schon bisher mit den genannten Selbstverwaltungsorganisationen befasst hat.

Für die Länder und die Kommunen entsteht kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand.

2. GKV und soziale Pflegeversicherung

Der GKV-Spitzenverband wird von seinen Mitgliedern, den Krankenkassen, finanziert. Er nimmt zudem die Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen wahr (§ 53 Satz 1 SGB XI). Der Erfüllungsaufwand für den Erlass einer Richtlinie nach § 217f Absatz 4 SGB

V geht nicht über den Erfüllungsaufwand hinaus, der bereits für die Umsetzung des bisherigen § 217f Absatz 4 SGB V anzunehmen war; gleiches gilt hinsichtlich § 53 Satz 2 SGB XI für den Bereich der Pflegeversicherung. So hat der GKV-Spitzenverband zusammen mit seinen Mitgliedern bereits in den Jahren 2021 und 2022 relevante Vorarbeiten für die nun vorzulegende Richtlinie nach § 217f Absatz 4 Satz 4 SGB V geleistet.

Dem GKV-Spitzenverband entsteht ein zusätzlicher jährlicher Erfüllungsaufwand im Umfang einer halben Stelle im gehobenen Dienst für das regelmäßige Fortschreiben der nach § 217f Absatz 4 Satz 4 SGB V zu erlassenden Richtlinie für die Verarbeitung und Auswertung der von den Kranken- und Pflegekassen übermittelten Daten zur Servicequalität der Kranken- und Pflegekassen und zum Leistungsgeschehen in der GKV und in der sozialen Pflegeversicherung sowie für das Einpflegen der Daten auf der digitalen Plattform, auf der die Kennzahlen und Informationen zur Service- und Leistungsqualität veröffentlicht werden. Legt man entsprechend dem Leitfaden zur Ermittlung und Darstellung des Erfüllungsaufwands in Regelungsvorhaben der Bundesregierung ein Gehalt von 43,40 Euro pro Stunde, für eine Vollzeitkraft eine Wochenarbeitszeit von 40 Stunden und eine Jahresarbeitszeit von 200 Tagen zugrunde, ergeben sich jährliche Aufwendungen für eine halbe Vollzeitkraft in Höhe von rund 35 000 Euro. Sobald das Verfahren etabliert ist, ist von einem deutlich geringeren jährlichen Erfüllungsaufwand auszugehen.

Dem GKV-Spitzenverband entsteht für die Errichtung der digitalen und interaktiven Plattform mit Kennzahlen zur Leistungstransparenz und zur Servicequalität der Kranken- und Pflegekassen ein einmaliger Erfüllungsaufwand im Umfang von einer befristeten Vollzeitstelle im höheren Dienst für die Dauer von einem halben Jahr, insbesondere für die Konzeption, die Programmierung und für die IT-Umsetzung. Legt man entsprechend dem Leitfaden zur Ermittlung und Darstellung des Erfüllungsaufwands in Regelungsvorhaben der Bundesregierung ein Gehalt von 65,40 Euro pro Stunde, eine Wochenarbeitszeit von 40 Stunden und eine Halbjahresarbeitszeit von 100 Tagen zugrunde, entspricht dies einem einmalig Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 50 000 Euro. Für den fortlaufenden Betrieb der Plattform (unter anderem Betriebskosten, Softwarepflege und -änderungen) entsteht dem GKV-Spitzenverband zudem ein geringer, nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand pro Jahr.

Für die Erstellung einer einheitlichen Schnittstelle zur Bereitstellung und Übermittlung der Kennzahlen entsteht dem GKV-Spitzenverband ein einmaliger Erfüllungsaufwand im Bereich eines niedrigen fünfstelligen Betrags. Für die Pflege der Schnittstelle entsteht dem GKV-Spitzenverband zudem ein geringer, nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand pro Jahr.

Den einzelnen Kranken- und Pflegekassen entsteht ein geringfügiger, nicht quantifizierbarer Aufwand für die einheitliche Erhebung der Kennzahlen, soweit diese nicht bereits für die GKV-Statistik oder die Pflegestatistik, für kassenindividuelle Transparenzberichte oder für sonstige laufende Aufgaben der Kranken- und Pflegekassen erhoben werden, sowie für die Datenübermittlung an den GKV-Spitzenverband unter Nutzung der einheitlichen Schnittstelle.

Für die gesetzlich vorgeschriebene externe Evaluation der nach § 217 Absatz 4 SGB V zu erlassenden Richtlinie und deren Umsetzung entsteht dem GKV-Spitzenverband ein einmaliger Erfüllungsaufwand, dessen Höhe abhängt vom Umfang und Ausgang des Vergabeverfahrens und damit nicht quantifiziert werden kann.

Durch die Verpflichtung zur Beauftragung eines Gutachtens über ein Konzept zum Aufbau und Betrieb einer Betrugspräventionsdatenbank entsteht dem GKV-Spitzenverband für das Gutachten ein einmaliger Kostenaufwand in Höhe von geschätzt etwa 300 000 Euro. Der genaue Betrag, der für das Gutachten anfällt, hängt vom Ausgang des Vergabeverfahrens ab. Für die Durchführung des Vergabeverfahrens entsteht beim GKV-Spitzenverband ein einmaliger Erfüllungsaufwand von rund 2 600 Euro (40 Arbeitsstunden zu einem

durchschnittlichen Stundensatz in Höhe von 46,50 Euro sowie 10 Arbeitsstunden zu einem durchschnittlichen Stundensatz in Höhe von 70,50 Euro). Aus der Begleitung und Auswertung des Gutachtens sowie der Finalisierung und Vorlage des Konzepts durch den GKV-Spitzenverband resultiert ein weiterer einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 3 300 Euro (40 Arbeitsstunden zu einem durchschnittlichen Stundensatz in Höhe von 46,50 Euro sowie 20 Arbeitsstunden zu einem durchschnittlichen Stundensatz in Höhe von 70,50 Euro).

Bei den sonstigen Regelungen zu den Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen ist insgesamt von einem geringfügigen Erfüllungsaufwand auszugehen. Es ist dabei zu berücksichtigen, dass nur einzelne Landesverbände bisher noch keine Stelle zur Fehlverhaltensbekämpfung betreiben. Dem Mehraufwand insbesondere für die Einrichtung und Unterhaltung zusätzlicher Stellen stehen perspektivisch – bedingt durch eine Steigerung der Effektivität der Fehlverhaltensbekämpfung – nicht näher quantifizierbare erhebliche Einsparpotenziale in Form von Minderausgaben der GKV sowie erhöhte Regressbeiträge gegenüber.

Die Verfahrensvereinfachung im Rahmen der Prüfung von Hilfsmittelanträgen, die von Versicherten gestellt werden, die sich in einem SPZ oder einem MZEB in Behandlung befinden und deren beantragte Versorgung von dort empfohlen worden ist, führt zur Beschleunigung der Bewilligungsverfahren und zu geringerem Verwaltungsaufwand bei den gesetzlichen Krankenkassen und dem Medizinischen Dienst. Die Anträge sind zukünftig nur auf offensichtliche Unrichtigkeiten zu prüfen. Die detaillierte Prüfung der Anspruchsberechtigung durch die gesetzlichen Krankenkassen unter Zuhilfenahme gutachterlicher Einschätzungen des Medizinischen Dienstes kann in den oben genannten Fällen regelmäßig entfallen. Eine genaue Bezifferung der damit verbundenen Einsparungen ist aufgrund fehlender Daten insbesondere zum Anteil der Hilfsmittelanträge von in SPZ oder MZEB behandelten Versicherten nicht möglich.

Für die Beitragsfreiheit für Waisenrenten bei Freiwilligendiensten (FWD) dürften die Mindereinnahmen für die GKV und die soziale Pflegeversicherung bei circa 40 000 FWD-Leistenden (unter 27 Jahre), einem angenommenen Waisen-Anteil von 1 Prozent (circa 300 000 in Deutschland) und einer angenommenen Waisenrente von durchschnittlich 208 Euro pro Monat (Quelle: Deutsches Institut für Altersvorsorge, <https://www.dia-vorsorge.de/gesetzliche-rente/waisenrente-reicht-nicht-fuers-leben/>, abgerufen am 6. Mai 2024) bei circa 0,2 Millionen Euro jährlich liegen.

3. Sonstige

Im Zusammenhang mit der Vereinbarung bundeseinheitlicher Rahmenvorgaben zur Festlegung der Höhe der Sicherheitsleistungen für die Zulassung medizinischer Versorgungszentren in der Rechtsform der Gesellschaft mit beschränkter Haftung ist bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung jeweils vom einem einmaligen Zeitaufwand im Umfang von wenigen Personentagen auszugehen, mit dem ein finanzieller Aufwand in Höhe von jeweils rund 5 000 Euro und damit von insgesamt rund 10 000 Euro nicht wesentlich überschritten wird. Gleiches gilt für den GKV-Spitzenverband, bei dem vorstehender Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 5 000 Euro zweimal anfällt. Insgesamt ergibt sich ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 20 000 Euro.

Die Klarstellungen zur Regelungsbefugnis der Kassenärztlichen Vereinigungen und ihrer Bundesvereinigungen, des G-BA sowie des Bewertungsausschusses, die Durchführung hybrider und digitaler Sitzungen ihrer Organe und Entscheidungsgremien in ihren Satzungen beziehungsweise Geschäftsordnungen vorzusehen, verursachen bei diesen Selbstverwaltungsorganisationen keinen nennenswerten Erfüllungsaufwand. Die Selbstverwaltungsorganisationen haben spätestens in der COVID-19-Pandemie die technischen Voraussetzungen zur Durchführung hybrider und digitaler Sitzungen geschaffen und auch in ihren

Satzungen beziehungsweise Geschäftsordnungen überwiegend schon Regelungen hierzu getroffen. Bei den Änderungen handelt sich um notwendige Klarstellungen der Ermächtigungsgrundlagen für diese Regelungen, die zudem optional gestaltet sind.

Für die finanzielle Unterstützung der Wahrnehmung der erweiterten Beteiligungsrechte der Vertretung der Berufsorganisationen der Pflegeberufe entsteht für den G-BA ein Erfüllungsaufwand in Höhe der zu leistenden Ausgaben für Reisekosten, für Verdienstausfall oder für Aufwandsentschädigung, der etwa bei 350 000 Euro liegen kann. Der zusätzliche Erfüllungsaufwand der Geschäftsstelle des G-BA für die Abrechnung der Zahlungen wird von ihr auf etwa 44 000 Euro geschätzt.

Aus der Regelung in § 92 Absatz 3a Satz 4 bis 6 SGB V entsteht für die Gewährung eines angemessenen Aufwandsersatzes für die Beratung des G-BA durch die AkdÄ entsprechender Erfüllungsaufwand für den G-BA. Nach Einschätzung der Geschäftsstelle des G-BA beträgt der zu ersetzende Aufwand bei der AkdÄ in etwa einem Umfang, der dem Aufwand für zwei Referentinnen- beziehungsweise Referentenstellen und zwei Sachbearbeiterinnen- beziehungsweise Sachbearbeiterstellen entspricht. Die Geschäftsstelle des G-BA geht hierfür von einem Gesamtumfang von circa 292 000 Euro jährlich aus.

Aufgrund der Einschränkung des Prüfprogramms der Krankenkassen von Hilfsmittelanträgen, die von Versicherten gestellt werden, die sich in einem SPZ oder einem MZEB in Behandlung befinden und deren beantragte Versorgung von dort empfohlen worden ist, reduziert sich der Verwaltungsaufwand für die in den SPZ und MZEB tätigen Ärztinnen und Ärzten. Aktuell werden regelmäßig von den gesetzlichen Krankenkassen und den Medizinischen Diensten im Rahmen der Prüfung der Hilfsmittelanträge gesonderte schriftliche Begründungen der beantragten Versorgung von den verordnenden Ärztinnen und Ärzten gefordert. Dieses Erfordernis entfällt mit der vorgeschlagenen Gesetzesänderung. Eine nähere Bezifferung ist aufgrund der fehlenden Daten über die Anzahl der Hilfsmittelanträge von in SPZ und MZEB behandelten Versicherten sowie der Anzahl der Fälle, in denen eine gesonderte schriftliche Begründung durch die verordnende Ärztin oder den verordnenden Arzt gefordert wird, nicht möglich.

Dem Bewertungsausschuss (gebildet durch den GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung) entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von 10 000 Euro für die Beratung und Beschlussfassung der Verfahren zur Festsetzung der auf die allgemeinen hausärztlichen Versorgungleistungen entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sowie zur Ermittlung der auf die Krankenkassen entfallenden Anteile an Ausgleichszahlungen. Durch die Pflicht zur Evaluation der Auswirkungen der Regelungen zur Aufhebung der mengenbegrenzenden oder honorarmindernden Maßnahmen bei der allgemeinen hausärztlichen Versorgung entsteht dem Bewertungsausschuss zudem ein einmaliger Erfüllungsaufwand von 7 500 Euro.

Für die Beschlussfassung zur Versorgungspauschale entsteht dem Bewertungsausschuss ein weiterer einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von 10 000 Euro. Für die Beschlussfassung zur Vorhaltepauschale entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von 8 000 Euro.

Den regionalen Gesamtvertragspartnern (Kassenärztliche Vereinigungen und Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen) entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von 14 000 Euro für die Herleitung und Vereinbarungen zur erstmaligen Festsetzung der auf die allgemeinen hausärztlichen Versorgungleistungen entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und gegebenenfalls eines Zuschlagvolumens für die hausärztliche Versorgung.

Durch die Evaluationspflicht und Berichtspflicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Bezug auf die Überprüfung der Versorgungsaufträge entsteht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ein Erfüllungsaufwand von jährlich wenigen tausend Euro.

Durch die Neuregelung zur Finanzierung der Weiterbildung entsteht kein grundsätzlich neuer Erfüllungsaufwand für die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen sowie die Weiterbildungsambulanzen, da diese bereits nach § 117 Absatz 3c Satz 1 SGB V für die Vergütung der in den Weiterbildungsambulanzen erbrachten Leistungen auf die Regelungen zur Vereinbarung der Vergütung entsprechend § 120 Absatz 2 Satz 2 SGB V verwiesen werden.

Die Regelung zu den Prüfrechten des BRH bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, bei der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, dem G-BA und dem MD-Bund verursachen keine direkten Finanzwirkungen, da die Körperschaften die Prüfungen des BRH nicht bezahlen müssen (anders als Prüfungen des Prüfdienstes nach § 274 SGB V). Für die Begleitung der Prüfungen des BRH durch Mitarbeiter der Körperschaften könnte allenfalls ein geringfügiger Erfüllungsaufwand entstehen. Der Umfang und der Aufwand der Begleitung hängen stark von der Prüffrequenz und den konkreten Prüfthemen der Prüfungen des BRH ab.

F. Weitere Kosten

Aufgrund der Streichung des Zusatzentgelts für die Kosten durchgeführter Testungen auf das Coronavirus SARS-CoV-2 bei voll- und teilstationären Patientinnen und Patienten ergeben sich für die private Krankenversicherung ab dem Jahr 2025 jährliche Einsparungen in Höhe eines niedrigen bis mittleren zweistelligen Millionenbetrages.

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune

(Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG)

Vom ...

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 31 des Gesetzes vom 6. Mai 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 149) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 10 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 3 werden nach den Wörtern „Ehegatten und Lebenspartner sind“ die Wörter „abweichend von Satz 1“ eingefügt.
- b) Folgender Satz wird angefügt:

„Ehegatten und Lebenspartner sind abweichend von Satz 1 nicht versichert, wenn sie

1. eine Rente wegen Alters als Teilrente in Anspruch nehmen,
2. die in Satz 1 Nummer 5 genannte Voraussetzung nicht erfüllen würden, wenn sie die Rente stattdessen in voller Höhe in Anspruch nehmen würden, und
3. zuletzt vor dem Bezug der Teilrente nicht gesetzlich krankenversichert waren.“

2. Dem § 28 Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Der Einholung des Konsiliarberichts bedarf es nicht, wenn die psychotherapeutische Behandlung auf Überweisung eines Vertragsarztes erfolgt.“

3. Nach § 33 Absatz 5b wird folgender Absatz 5c eingefügt:

„(5c) Die Erforderlichkeit eines Hilfsmittels wird vermutet, wenn sich der Versicherte in einem sozialpädiatrischen Zentrum, das nach § 119 Absatz 1 ermächtigt wurde, oder in einem medizinischen Behandlungszentrum für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen, das nach § 119c Absatz 1 ermächtigt wurde, in Behandlung befindet und die beantragte Hilfsmittelversorgung von dem dort tätigen behandelnden Arzt im Rahmen der Behandlung innerhalb der letzten drei Wochen vor der Antragstellung empfohlen worden ist.“

4. In § 34 werden in der Überschrift das Komma und das Wort „Heil-“ gestrichen.
5. Dem § 81 wird folgender Absatz 6 angefügt:

„(6) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen können in ihren Satzungen Regelungen zur Durchführung von Sitzungen ihrer Organe und sonstigen Gremien als digitale Sitzung oder als hybride Sitzung treffen.“

6. § 87 wird wie folgt geändert:

- a) Dem Absatz 2b werden die folgenden Sätze angefügt:

„Abweichend von Satz 1 erster Halbsatz beschließt der Bewertungsausschuss bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen Regelungen über eine Versorgungspauschale, die bei der Behandlung eines Versicherten, der das 18. Lebensjahr vollendet hat, wegen einer chronischen Erkrankung, die einer kontinuierlichen Versorgung mit einem bestimmten Arzneimittel bedarf und keinen intensiven Betreuungsbedarf begründet, abzurechnen ist. Die 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 in Satz 8 genannte Zeitraum soll vier aufeinanderfolgende Kalenderquartale umfassen; er hat mindestens zwei aufeinanderfolgende Kalenderquartale zu umfassen. Die Regelungen über die Versorgungspauschale sind so auszugestalten, dass sie weder zu Mehrausgaben noch zu Minderausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung führen.“

- b) Absatz 2d wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird nach der Angabe „2a bis 2c“ die Angabe „und 2q“ eingefügt.

bb) In Satz 2 werden die Wörter „Versichertenpauschalen nach Absatz 2b Satz 1 sowie der Grundpauschalen nach Absatz 2c Satz 1“ durch die Wörter „Versichertenpauschalen nach Absatz 2b Satz 1, der Versorgungspauschale nach Absatz 2b Satz 7, der Grundpauschalen nach Absatz 2c Satz 1 sowie der Pauschale nach Absatz 2q Satz 1“ ersetzt.

- c) Nach Absatz 2p wird folgender Absatz 2q eingefügt:

„(2q) Der Bewertungsausschuss beschließt bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des dritten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen Regelungen über eine Vergütung zur Vorhaltung der zur Erfüllung von Aufgaben der hausärztlichen Grundversorgung notwendigen Strukturen (Vorhaltepauschale) und insbesondere über Voraussetzungen, die die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer für die Abrechnung dieser Vorhaltepauschale erfüllen müssen. Der Bewertungsausschuss kann die Höhe der Vorhaltepauschale in Abhängigkeit von dem Umfang der Erfüllung der in Satz 1 genannten Voraussetzungen in Stufen beschließen. Die in Satz 1 genannten Voraussetzungen sollen insbesondere eine bedarfsgerechte Versorgung mit Haus- und Pflegeheimbesuchen, bedarfsgerechte Praxisöffnungszeiten, die vorrangige Erbringung von Leistungen aus dem hausärztlichen Fachgebiet, eine Mindestanzahl an zu versorgenden Versicherten sowie die regelmäßige Nutzung von Anwendungen der Telematikinfrastruktur umfassen. Für Versicherte, für die die in Absatz 2b Satz 7 genannte Versorgungspauschale abzurechnen ist, ist der Zeitraum, für den die Vorhaltepauschale

abzurechnen ist, in Übereinstimmung mit dem in Absatz 2b Satz 8 genannten Zeitraum festzulegen. Die Regelungen über die Vorhaltepauschale sind so auszugestalten, dass sie weder zu Mehrausgaben noch zu Minderausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung führen. Die Regelungen zur Vorhaltepauschale nach diesem Absatz haben die Kinder- und Jugendärzte auszunehmen.“

- d) In Absatz 3e Satz 1 Nummer 2 werden nach dem Wort „Geschäftsführung“ ein Komma und die Wörter „zur Durchführung von Sitzungen, einschließlich der Möglichkeit, diese als hybride Sitzungen oder als digitale Sitzungen durchzuführen,“ eingefügt.

7. § 87a wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Die Sätze 7 bis 12, 14 und 17 werden aufgehoben.

bb) Im neuen Satz 14 wird die Angabe „Satz 20“ durch die Angabe „Satz 12“ ersetzt.

- b) Absatz 3b wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „Die in § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz genannten Leistungen“ durch die Wörter „Leistungen des Versorgungsbereichs der Kinder- und Jugendmedizin, die gegenüber Patienten erbracht werden, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,“ ersetzt.

- bb) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Wenn die vollständige Vergütung der in Satz 1 genannten Leistungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung die festgesetzte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung für die in Satz 1 genannten Leistungen über einen Zeitraum vom zweiten Quartal eines Kalenderjahres bis zum ersten Quartal des folgenden Kalenderjahres insgesamt unterschreitet, vereinbaren die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragsparteien bis zum Ablauf des zweiten Quartals des letztgenannten Kalenderjahres Zuschläge zur Förderung der Kinder- und Jugendmedizin, deren Auszahlungshöhe in Summe der Höhe der genannten Unterschreitung entspricht; Ausgleichszahlungen nach Satz 9 sind während des im ersten Halbsatz genannten Zeitraums mit einer Unterschreitung der festgesetzten, auf die in Satz 1 genannten Leistungen entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung durch die für die vollständige Vergütung der in Satz 1 genannten Leistungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung erforderlichen Summe in den vorangegangenen Kalenderquartalen zu verrechnen.“

cc) In Satz 4 werden die Wörter „Leistungen nach § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz“ durch die Wörter „in Satz 1 genannten Leistungen“ ersetzt.

dd) In Satz 6 wird die Angabe „§ 87a“ gestrichen.

ee) In den Sätzen 2, 7, 9 und 10 werden die Wörter „§ 87b Absatz 1 Satz 3 zweite Halbsatz“ jeweils durch die Angabe „Satz 1“ ersetzt.

- ff) Folgender Satz wird angefügt:

„Der Bewertungsausschuss beschließt bis zum... [einsetzen: Datum des ersten Tages des dritten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats]

Vorgaben zu in Absatz 6 genannten Datenübermittlungen, mit denen die Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber den Krankenkassen quartalsweise die erstmalige Festsetzung und die Fortschreibung der auf die in Satz 1 genannten Leistungen entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die Entwicklung des finanziellen Bedarfs für die in Satz 1 genannten Leistungen, eine etwaige Unterschreitung der festgesetzten, auf die in Satz 1 genannten Leistungen entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für die in Satz 1 genannten Leistungen durch die vollständige Vergütung der in Satz 1 genannten Leistungen mit den Preisen der regionalen Gebührenordnung in dem in Satz 1 genannten Zeitraum, die in den Sätzen 3 und 5 genannten Zuschläge sowie die Ausgleichszahlungen nach Satz 9 nachweist.“

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

„(3c) Leistungen des Versorgungsbereichs der allgemeinen hausärztlichen Versorgung einschließlich der in Zusammenhang mit diesem Versorgungsbereich erbrachten Hausbesuche, soweit diese Leistungen nach sachlicher und rechnerischer Prüfung durch die Kassenärztliche Vereinigung anerkannt wurden, (hausärztlicher Leistungsbedarf) sind ab dem ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des dritten auf die Verkündung folgenden Kalenderquartals] von den Krankenkassen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 vollständig zu vergüten. Abweichend von Absatz 3 Satz 1 und § 85 Absatz 1 wird die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung hinsichtlich der in Satz 1 genannten Leistungen nicht mit befreiender Wirkung gezahlt. Für die erstmalige quartalsweise Festsetzung der auf die in Satz 1 genannten Leistungen für den in Satz 7 genannten Zeitraum entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung haben die Vertragspartner nach Absatz 2 Satz 1 jeweils den prozentualen Anteil des Honorarvolumens, das für den hausärztlichen Leistungsbedarf einschließlich sämtlicher auf diesen entfallender leistungsbezogener und nicht leistungsbezogener Zuschläge und einschließlich zusätzlicher Honorarauszahlungen in dem dem jeweiligen Kalenderquartal entsprechenden Kalenderquartal des Jahres 2023 gemäß dem in § 87b Absatz 1 Satz 2 genannten Verteilungsmaßstab ausgezahlt wurde, am Honorarvolumen, das für alle Arztgruppen in dem dem jeweiligen Kalenderquartal entsprechenden Kalenderquartal des Jahres 2023 für den Leistungsbedarf innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung einschließlich sämtlicher auf diese entfallender leistungsbezogener und nicht leistungsbezogener Zuschläge und einschließlich zusätzlicher Honorarauszahlungen gemäß dem in § 87b Absatz 1 Satz 2 genannten Verteilungsmaßstab ausgezahlt wurde, zu bestimmen und diesen prozentualen Anteil mit der für das jeweilige Kalenderquartal vereinbarten und bereinigten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu multiplizieren. Soweit der nach Absatz 3 Satz 2 vereinbarte Behandlungsbedarfs einschließlich Abgrenzungsänderungen der nach Absatz 3 Satz 6 vergüteten Leistungen für das jeweilige Kalenderquartal gegenüber dem diesem Kalenderquartal entsprechenden Kalenderquartal des Jahres 2023 von dem Behandlungsbedarf für die in Satz 1 genannten Leistungen abweicht, ist der nach Satz 3 zu bestimmende prozentuale Anteil entsprechend anzupassen. Satz 4 gilt für die gesetzlich vorgesehenen Bereinigungen des Behandlungsbedarfs entsprechend. Sofern das Honorarvolumen für die in Satz 1 genannten Leistungen in dem dem jeweiligen Kalenderquartal entsprechenden Kalenderquartal des Jahres 2023 leistungsbezogene und nicht leistungsbezogene Zuschläge und zusätzlichen Honorarauszahlungen enthält, haben die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 diese Zuschläge und zusätzliche Honorarauszahlungen in der quartalsweise festzulegenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für die in Satz 1 genannten Leistungen zu berücksichtigen. Der Bewertungsausschuss beschließt bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des dritten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] Vorgaben für ein Verfahren zur Festsetzung der auf die in Satz

1 genannten Leistungen entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die jeweils bis zum ersten Tag eines Kalenderquartals, erstmalig bis zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des dritten auf die Verkündung folgenden Kalenderquartals] für die Kalenderquartale des Kalenderjahres 2025 und, soweit dieser Zeitraum keine vier Kalenderquartale umfasst, für alle Kalenderquartale des Kalenderjahres 2026, und sodann jährlich beginnend mit dem folgenden Kalenderjahr jeweils bis zum 1. Januar eines jeden Kalenderjahres für das jeweilige Kalenderjahr zu erfolgen hat. Die Vorgaben des Bewertungsausschusses nach Satz 7 haben insbesondere die Anpassung des nach Absatz 2 Satz 1 zu vereinbarenden Punktwertes und die Veränderung des auf die in Satz 1 genannten Leistungen entfallende nach Absatz 3 Satz 2 zu vereinbarenden Behandlungsbedarfs sowie jeweils darauf entfallende Bereinigungen einzubeziehen. Wenn in dem Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung die Differenz zwischen der festgesetzten, auf die in Satz 1 genannten Leistungen entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und dem mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 bewerteten hausärztlichen Leistungsbedarf ausschließlich der in Satz 6 genannten Zuschlägen und zusätzlichen Honorarauszahlungen in einem Kalenderquartal einen Wert von null unterschreitet, leisten die Krankenkassen unter Berücksichtigung des in Satz 12 genannten Verfahrens Ausgleichszahlungen an die jeweilige Kassenärzte Vereinigung in der Höhe der Differenz, um die vollständige Vergütung des hausärztlichen Leistungsbedarfs zu gewährleisten. Die Ausgleichszahlung ist mit einer Unterschreitung der festgesetzten, auf die in Satz 1 genannten Leistungen entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung durch den hausärztlichen Leistungsbedarf in den vorangegangenen Kalenderquartalen zu verrechnen. Wenn der hausärztliche Leistungsbedarf die festgesetzte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung für die in Satz 1 genannten Leistungen über einen Zeitraum vom zweiten Quartal eines Kalenderjahres bis zum ersten Quartal des folgenden Kalenderjahres insgesamt unterschreitet, vereinbaren die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragsparteien bis zum Ablauf des zweiten Kalenderquartals des letztgenannten Kalenderjahres jeweils Zuschläge zur Förderung der hausärztlichen Versorgung, deren Auszahlungshöhe in Summe der genannten Unterschreitung entspricht. Der Bewertungsausschuss beschließt bis zum... [einsetzen: Datum des ersten Tages des dritten auf die Verkündung folgenden Kalenderquartals] Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung des auf die jeweiligen Krankenkassen entfallenden Anteils an den in Satz 9 genannten Ausgleichszahlungen, der sich nach ihrem jeweiligen leistungsmengenbezogenen Anteil an der Ausgleichszahlung zu bemessen hat. Für die in den Sätzen 6 und 11 genannten Zuschläge sowie für die in Absatz 2 Satz 2 und 3 genannten Zuschläge gilt Satz 2 nicht. Der Bewertungsausschuss beschließt bis zum... [einsetzen: Datum des ersten Tages des dritten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] Vorgaben zu in Absatz 6 genannten Datenübermittlungen, mit denen die Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber den Krankenkassen quartalsweise die erstmalige Festsetzung und die Fortschreibung der auf die in Satz 1 genannten Leistungen entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die Entwicklung des hausärztlichen Leistungsbedarfs, eine etwaige Unterschreitung der festgesetzten, auf die in Satz 1 genannten Leistungen entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung durch den hausärztlichen Leistungsbedarf, die in den Sätzen 6 und 11 genannten Zuschläge sowie die Ausgleichszahlungen nach Satz 9 nachweist. Der Bewertungsausschuss analysiert die Auswirkungen der Regelungen dieses Absatzes insbesondere im Hinblick auf die hausärztliche Versorgung der Versicherten, die Honorare sowie die Ausgaben der Krankenkassen und berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des zehnten auf die Verkündung folgenden Kalenderquartals] über die Ergebnisse dieser Analyse.“

8. In § 87b Absatz 1 Satz 3 werden die Wörter „Gleiches gilt unter Beachtung der nach § 87a Absatz 3b Satz 7 beschlossenen Vorgaben für die Vergütung der Leistungen des

Versorgungsbereichs der Kinder- und Jugendmedizin, die gegenüber Patienten erbracht werden, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben“ durch die Wörter „im Verteilungsmaßstab dürfen ebenfalls keine Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung des Honorars für die Leistungen des Versorgungsbereichs der Kinder- und Jugendmedizin, die gegenüber Patienten erbracht werden, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, und des Versorgungsbereichs der allgemeinen hausärztlichen Versorgung einschließlich der in Zusammenhang mit diesem Versorgungsbereich erbrachten Hausbesuche angewandt werden“ ersetzt.

9. § 91 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 wird das Wort „sowie“ durch ein Komma ersetzt und werden nach den Wörtern „Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses“ die Wörter „sowie zu den Voraussetzungen für die Durchführung von Sitzungen als hybride Sitzungen oder als digitale Sitzungen“ eingefügt.

b) Absatz 11 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „nach § 137c Absatz 1 Satz 5 und 6 sowie § 137h Absatz 4 Satz 9 auch die zur Straffung des Verfahrens unternommenen Maßnahmen und die besonderen Schwierigkeiten einer Bewertung, die zu einer Fristüberschreitung geführt haben können, im Einzelnen dargelegt werden müssen“ durch die Wörter „auch die zur Straffung des jeweiligen Verfahrens unternommenen Maßnahmen und die Gründe, die zu einer Fristüberschreitung geführt haben können, im Einzelnen dargelegt werden können“ ersetzt.

bb) In Satz 2 wird das Wort „drei“ durch das Wort „zwei“ ersetzt.

10. § 92 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1b wird durch die folgenden Absätze 1b und 1c ersetzt:

„(1b) Bei den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 sind die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Berufsverbände der Hebammen und die Verbände der von Hebammen geleiteten Einrichtungen auf Bundesebene zu beteiligen. Verzichtet ein Verband auf die in Satz 1 genannte Beteiligung an der Beratung, so ist ihm vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 ist zudem den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

(1c) Vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 10 und 11 ist den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.“

b) Dem Absatz 3a werden die folgenden Sätze angefügt:

„Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft berät den Gemeinsamen Bundesausschuss unabhängig auf Anfrage im Zusammenhang mit seinen in Satz 1 genannten Entscheidungen arzneimitteltherapeutisch und pharmakologisch zu das Arzneimittelwesen betreffenden Fragen; das Recht zur Stellungnahme sowie § 35a Absatz 3b Satz 8 und Absatz 7 Satz 4 bleiben unberührt. Der Gemeinsame Bundesausschuss gewährt der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

für die Wahrnehmung der in Satz 4 erster Halbsatz genannten Aufgaben einen angemessenen Aufwendersatz. Das Nähere zur Gewährung eines angemessenen Aufwendersatzes vereinbart der Gemeinsame Bundesausschuss mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft.“

c) Dem Absatz 4 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 ist den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Betrifft die Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 die Früherkennung von Krebserkrankungen, so ist zudem der Stiftung Deutsche Krebshilfe und der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e. V. Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.“

d) In Absatz 5 Satz 1 wird das Wort „sowie“ durch ein Komma ersetzt und werden nach dem Wort „Rehabilitation“ die Wörter „und den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften“ eingefügt.

e) In Absatz 6 Satz 2 werden nach dem Wort „Leistungserbringer“ die Wörter „und den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften“ eingefügt.

f) Absatz 6a wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 5 wird folgender Satz eingefügt:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis spätestens zum ... [einsetzen: letzter Tag des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] über Änderungen der in Satz 1 genannten Richtlinien, durch die eine Vereinfachung der Durchführung von Kurzzeittherapien bewirkt wird und die zur Vereinfachung insbesondere für den gesamten Umfang einer Kurzzeittherapie ein einstufiges Antragsverfahren vorsehen.“

bb) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses über die in Satz 1 genannten Regelungen ist den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.“

g) Den Absätzen 6b und 6c werden jeweils die folgenden Sätze angefügt:

„Vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses über die in Satz 1 genannten Regelungen ist den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.“

h) In Absatz 7 Satz 2 werden nach den Wörtern „genannten Leistungserbringern“ die Wörter „sowie den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften“ eingefügt.

i) In Absatz 7b Satz 1 wird das Wort „sowie“ durch ein Komma ersetzt und werden nach den Wörtern „genannten Organisationen“ die Wörter „sowie den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften“ eingefügt.

- j) In Absatz 7c werden nach dem Wort „Soziotherapieversorgung“ die Wörter „und den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften“ eingefügt.
- k) In Absatz 7g wird das Wort „sowie“ durch ein Komma ersetzt und werden nach dem Wort „Bundesebene“ die Wörter „und den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften“ eingefügt.
- l) Nach Absatz 7g wird folgender Absatz 7h eingefügt:

„(7h) Bei den Richtlinien zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege und außerklinischer Intensivpflege nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 6, den Richtlinien nach Nummer 13 und 14, den Richtlinien nach § 63 Absatz 3c Satz 3 und den Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach den §§ 136b und 136c erhalten die Berufsorganisationen der Pflegeberufe ein Antrags- und Mitberatungsrecht. Gleiches gilt bei den nicht in Satz 1 genannten Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 6, sofern sie die Berufsausübung der Pflegeberufe berühren. Die Berufsorganisationen der Pflegeberufe benennen zur Wahrnehmung des nach den Sätzen 1 und 2 bestehenden Antrags- und Mitberatungsrechts einvernehmlich einen oder zwei Vertreter. Absatz 7e Satz 3 bis 7 gilt entsprechend. Die Vertreter erhalten Reisekosten in entsprechender Anwendung des Bundesreisekostengesetzes, Ersatz des Verdienstausfalls in entsprechender Anwendung des § 41 Absatz 2 des Vierten Buches sowie einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe eines Fünftel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches für jeden Kalendarstag einer Sitzung. Der Anspruch richtet sich gegen den Gemeinsamen Bundesausschuss.“

11. § 95 wird wie folgt geändert:

- a) Nach Absatz 2 Satz 6 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Die Gesellschafter können ihre Sicherheitsleistungen der Höhe nach begrenzen. Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren jeweils mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit Wirkung zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] bundeseinheitliche Rahmenvorgaben zur Festlegung der Höhe der gemäß Satz 7 begrenzten Sicherheitsleistungen.“

- b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 5 werden nach dem Wort „Ergebnisse“ die Wörter „der Prüfung, das der Prüfung zugrunde liegende Verfahren“ eingefügt, wird nach dem Wort „Zulassungsausschüssen“ das Wort „sowie“ durch ein Komma ersetzt und werden nach dem Wort „Aufsichtsbehörde“ die Wörter „sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung“ eingefügt.

- bb) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat die Ergebnisse der Prüfung, das der Prüfung zugrundeliegende Verfahren und die gegebenenfalls getroffenen Maßnahmen zu evaluieren und hierüber dem Bundesministerium für Gesundheit zum 31. Dezember eines jeden Kalenderjahres, erstmals zum 31. Dezember ... [einsetzen: Kalenderjahr der Verkündung], zu berichten. Gegenstand der Evaluation ist auch, ob die Prüfung bundeseinheitlich durchgeführt wird.“

12. § 101 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„In den Richtlinien nach Absatz 1 ist sicherzustellen, dass ein Versorgungsanteil der regional maßgeblichen Verhältniszahl den überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten vorbehalten ist.“

bb) In Satz 6 werden die Wörter „Ab dem 1. Januar 2016 gelten die in Satz 5 vorgesehenen Mindestversorgungsanteile mit der Maßgabe fort, dass der Gemeinsame Bundesausschuss ihre Höhe aus Versorgungsgründen bedarfsgerecht anpassen kann“ durch die Wörter „Die Höhe des Versorgungsanteils kann der Gemeinsame Bundesausschuss aus Versorgungsgründen bedarfsgerecht anpassen“ ersetzt.

b) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 4a eingefügt:

„(4a) Psychotherapeutisch tätige Ärzte und Psychotherapeuten, die jeweils überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch betreuen, bilden ab dem ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] eine Arztgruppe im Sinne des Absatzes 2. Der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad ist für diese Arztgruppe erstmals zum Stand vom 31. Dezember 2023 zu ermitteln. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die neuen Verhältniszahlen erstmals bis zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] zu beschließen. In den Richtlinien nach Absatz 1 kann der Gemeinsame Bundesausschuss einen Mindestversorgungsanteil für überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte sowie innerhalb dieses Mindestversorgungsanteils weitere nach Fachgebieten differenzierte Mindestversorgungsanteile aus Versorgungsgründen vorsehen. Der Landesausschuss hat die Feststellungen nach § 103 Absatz 1 Satz 1 erstmals zum Stand vom ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des elften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] zu treffen.“

13. § 105 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1a Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Verwendung der Mittel setzt nicht voraus, dass der zuständige Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine Feststellung nach § 100 Absatz 1 Satz 1 oder Absatz 3 getroffen hat“.

b) In Absatz 5 Satz 4 werden die Wörter „Satz 7 bis 10“ durch die Wörter „Satz 9 bis 12“ ersetzt.

14. In § 106b Absatz 2 Satz 2 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „und dass bis zu einem Betrag von 300 Euro je Betriebsstättennummer, Krankenkasse und Quartal Wirtschaftlichkeitsprüfungen nicht durchzuführen sind“ eingefügt.

15. Nach § 116b Absatz 5 werden die folgenden Absätze 5a und 5b eingefügt:

„(5a) Vor den Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses über die in Absatz 4 Satz 1 genannten Regelungen und über Regelungen nach Absatz 5 in Verbindung mit Absatz 4 Satz 1 ist den jeweils einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in die jeweilige Entscheidung einzubeziehen.

(5b) Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die in Absatz 4 Satz 1 genannten Regelungen für eine Erkrankung oder einen Erkrankungszustand innerhalb von einem Jahr nach Einleitung des Beratungsverfahrens zu beschließen. Er soll je Kalenderjahr

mindestens für drei Erkrankungen oder Erkrankungszustände in Absatz 4 Satz 1 genannte Regelungen treffen.“

16. § 117 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 3b Satz 1 wird nach den Wörtern „zugelassen sind“ das Wort „(Weiterbildungsambulanzen)“ eingefügt.
- b) Absatz 3c wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 wird die Angabe „bis 3b“ durch die Angabe „und 3a“ ersetzt.
 - bb) In Satz 3 werden die Wörter „Aus- und Weiterbildungsteilnehmenden“ jeweils durch das Wort „Ausbildungsteilnehmenden“ ersetzt.
 - cc) In Satz 5 werden die Wörter „Aus- und Weiterbildungsteilnehmern“ durch das Wort „Ausbildungsteilnehmern“ ersetzt.

17. In § 119c Absatz 2 Satz 2 werden vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und die Wörter „dies schließt auch den Abschluss von Kooperationsvereinbarungen mit geeigneten Ärzten ein, die nach § 31 Absatz 1 Satz 3 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte ermächtigt werden“ eingefügt.

18. In § 120 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 werden nach den Wörtern „der Hochschulambulanzen,“ die Wörter „der Weiterbildungsambulanzen,“ eingefügt.
- b) In Satz 2 werden nach den Wörtern „oder Hochschulkliniken,“ die Wörter „den Weiterbildungsambulanzen,“ eingefügt.
- c) In Satz 3 werden die Wörter „Hochschulambulanzen, der psychiatrischen Institutsambulanzen, der sozialpädiatrischen Zentren und der medizinischen Behandlungszentren“ durch die Wörter „in Satz 1 genannten Leistungserbringer“ ersetzt.
- d) Folgender Satz wird eingefügt:

„Die Vergütung der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung in den Weiterbildungsambulanzen soll in Abstimmung mit Entgelten für vergleichbare Leistungen erfolgen; für die Bestimmung einer wirtschaftlichen Betriebsführung der Weiterbildungsambulanzen sind nur die Leistungen berücksichtigungsfähig, für die der Zulassungsausschuss eine Ermächtigung erteilt hat und die gegenüber Versicherten erbracht werden.“

19. § 136 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

- a) Im ersten Halbsatz wird das Komma durch das Wort „und“ ersetzt und werden die Wörter „sowie die Berufsorganisationen der Pflegeberufe“ gestrichen.
- b) Folgender Satz wird angefügt:

„Die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Berufsverbände der Hebammen und die Verbände der von Hebammen geleiteten Einrichtungen auf Bundesebene sind zu beteiligen, soweit die Berufsausübung der Hebammen berührt ist.“

20. In § 136b Absatz 1 Satz 3 wird das Komma durch das Wort „und“ ersetzt und werden die Wörter „sowie die Berufsorganisationen der Pflegeberufe“ gestrichen.
21. Dem § 137f Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:
- „Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Erstfassung einer Richtlinie nach Absatz 2 für die Behandlung einer Krankheit und deren Aktualisierungen innerhalb von zwei Jahren nach Einleitung des jeweiligen Beratungsverfahrens zu beschließen.“
22. § 140f Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- a) In Satz 5 wird die Angabe „§ 56 Abs. 1,“ durch die Wörter „§ 56 Absatz 1, § 63 Absatz 3c Satz 3,“ ersetzt und wird die Angabe „§§ 136 bis 136b, 136d,“ durch die Angabe „§§ 136 bis 136d,“ ersetzt.
- b) Nach Satz 7 werden die folgenden Sätze eingefügt:
- „Ein Beschluss des Beschlussgremiums des Gemeinsamen Bundesausschusses gilt als nicht getroffen, wenn die benannten Personen einheitlich ein ablehnendes Votum abgeben. Er gilt erst dann als getroffen, wenn er durch erneuten Beschluss in einer darauffolgenden Sitzung bestätigt wird.“
23. § 197a wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 werden die Wörter „wenn angezeigt ihre Landesverbände,“ durch die Wörter „ihre Landesverbände“ ersetzt.
- bb) Folgender Satz wird angefügt:
- „Die Krankenkassen und ihre Landesverbände haben eine Vereinbarung über die Aufgabenverteilung bei der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen zu treffen.“
- b) Absatz 3b wird wie folgt geändert:
- aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:
- aaa) In Nummer 4 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt.
- bbb) In Nummer 5 wird der Punkt am Ende durch das Wort „und“ ersetzt.
- ccc) Folgende Nummer 6 wird angefügt:
- „6. die Gesundheitsämter, die nach Landesrecht bestimmten heimrechtlichen Aufsichtsbehörden und die nach Landesrecht zuständigen Gesundheitsbehörden.“
- bb) Satz 3 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:
- „Die in Satz 1 genannten Stellen dürfen personenbezogene Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben erhoben oder an sie übermittelt wurden, an andere in Absatz 1 Satz 1 genannte Einrichtungen übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen durch die in Absatz 1 Satz 1 genannten Einrichtungen erforderlich ist. Personenbezogene Daten von Versicherten sind vor einer Übermittlung zu

pseudonymisieren, wenn keine Hinweise auf eine Mitwirkung der Versicherten am Fehlverhalten vorliegen; sie sind zu anonymisieren, sobald dies im Rahmen der Verarbeitung für den Zweck nach Satz 3 möglich ist.“

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

„(3c) Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Einrichtungen dürfen Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben erhoben oder an sie übermittelt wurden, mit den Daten anderer in Absatz 1 Satz 1 genannter Einrichtungen zum Zweck der Entwicklung von datenbasierten Verfahren zur Erkennung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen zusammenführen. Der Versichertenbezug der betreffenden Daten ist vor einer Übermittlung zu löschen. Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Einrichtungen dürfen nur ihre jeweils eigenen Daten mit den in Satz 1 genannten Verfahren auswerten.“

d) Folgender Absatz 7 wird angefügt:

„(7) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt dem Bundesministerium für Gesundheit auf der Grundlage eines von ihm zu beauftragenden Gutachtens bis zum 31. Dezember 2025 ein Konzept zum Aufbau und Betrieb einer zentralen Datenbank vor, die den Krankenkassen Informationen über Sachverhalte oder Auffälligkeiten zur Verfügung stellt, die auf Fehlverhalten im Gesundheitswesen hindeuten (Betrugspräventionsdatenbank). Das Konzept hat insbesondere zu beinhalten:

1. eine Empfehlung zur Zuweisung der Trägerschaft der Betrugspräventionsdatenbank an eine bestimmte Stelle,
2. Empfehlungen, welche Informationen zu welchem Zweck in der Betrugspräventionsdatenbank erfasst werden sollen, einschließlich Empfehlungen zu den Anforderungen an die einzutragenden Informationen,
3. Vorschläge, welche Stellen einen aktiven Zugriff auf die Betrugspräventionsdatenbank erhalten können und wie diese Stellen neben einem lesenden Zugriff auch Daten einpflegen können, und
4. eine Darstellung etwaiger datenschutzrechtlicher Probleme bei dem Aufbau und dem Betrieb einer Betrugspräventionsdatenbank sowie möglicher Lösungsoptionen.“

24. § 217f wird wie folgt geändert:

a) Der Überschrift werden ein Komma und das Wort „Verordnungsermächtigung“ angefügt.

b) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erlässt Richtlinien über die Organisation des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitswettbewerbs der Krankenkassen, insbesondere dazu, welche Leistungs- und Qualitätsdaten der einzelnen Krankenkassen hierfür heranzuziehen sind. Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Rahmen des Genehmigungsverfahrens vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen ergänzende Stellungnahmen anfordern. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt dem Bundesministerium für Gesundheit eine Richtlinie nach Satz 1 mit Vorgaben für eine einheitliche Erhebung und Veröffentlichung von nicht personenbezogenen Kennzahlen zur Leistungstransparenz und

zur Servicequalität der einzelnen Krankenkassen bis zum ... [einsetzen: Datum sechs Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 7] zur Genehmigung vor; diese Richtlinie muss mindestens Auskunft geben über

1. die Anzahl von Leistungsanträgen, differenziert nach Leistungsbereichen und danach, wie viele Anträge im Verhältnis zur Anzahl der insgesamt gestellten Anträge einerseits genehmigt oder bewilligt wurden oder andererseits abgelehnt wurden,
2. die durchschnittliche Bearbeitungsdauer für Anträge, mindestens differenziert nach den für die in Nummer 1 genannte Differenzierung verwendeten Leistungsbereichen,
3. die Anzahl der Widersprüche gegen Leistungsentscheidungen im Verhältnis zur Anzahl der insgesamt gestellten Anträge und die Anzahl der erfolgreichen Widersprüche im Verhältnis zur Anzahl der insgesamt erhobenen Widersprüche, jeweils differenziert nach den für die in Nummer 1 genannte Differenzierung verwendeten Leistungsbereichen,
4. die durchschnittliche Bearbeitungsdauer für Widersprüche, differenziert nach den für die in Nummer 1 genannte Differenzierung verwendeten Leistungsbereichen,
5. die Anzahl der Klagen gegen Leistungsentscheidungen im Verhältnis zur Anzahl der insgesamt erhobenen Widersprüche und die Anzahl der Klagen, denen teilweise oder vollumfänglich stattgegeben wurde, im Verhältnis zur Anzahl der insgesamt erhobenen Klagen, jeweils differenziert nach den für die in Nummer 1 genannte Differenzierung verwendeten Leistungsbereichen,
6. die Qualität von Beratungs- und Unterstützungsangeboten der Krankenkassen, insbesondere die Qualität
 - a) des Prozesses bei der Bearbeitung von Leistungsanträgen,
 - b) des Beschwerdemanagements und
 - c) der Förderung der Patientensicherheit,
7. den Stand der Digitalisierung der Krankenkassen sowie der Nutzung der digitalen Leistungen der Krankenkassen durch die Versicherten, insbesondere
 - a) über die Ausstattung der Versicherten mit der elektronischen Gesundheitskarte mit einer kontaktlosen Schnittstelle und mit der persönlichen Identifikationsnummer,
 - b) über die Nutzung der elektronischen Patientenakte nach § 341 und
 - c) über die Bereitstellung der sicheren digitalen Identitäten nach § 291 Absatz 8 und ihre Nutzung durch die Versicherten.

Bei der Festlegung der Vorgaben für die einheitliche Erhebung und Veröffentlichung von Kennzahlen zur Leistungstransparenz und zur Servicequalität für die Leistungsbereiche der Rehabilitation und Teilhabe der einzelnen Krankenkassen bezieht der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. ein. Für diese Leistungsbereiche werden die Vorgaben in der in Satz 4 genannten Richtlinie mit den für den Teilhabeverfahrensbericht nach § 41 Absatz 1 des Neunten Buches zu erfassenden Angaben und den

Verfahren zur Erfassung dieser Angaben abgestimmt. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt in der in Satz 4 genannten Richtlinie Vorgaben für die Bereitstellung und Übermittlung der nach den Vorgaben nach Satz 4 zu erhebenden und zu veröffentlichenden nicht personenbezogenen Kennzahlen in maschinenlesbarer Form fest. Kommt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen seinen Verpflichtungen nach den Sätzen 4 und 7 nicht oder nicht vollständig nach, kann das Bundesministerium für Gesundheit die in den Sätzen 4 und 7 genannten Vorgaben durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates erlassen. Die Krankenkassen übermitteln dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen die den Vorgaben der in Satz 4 genannten Richtlinie oder der Rechtsverordnung nach Satz 8 entsprechenden Kennzahlen jährlich zu einem in der in Satz 4 genannten Richtlinie oder der Rechtsverordnung nach Satz 8 festzulegenden Zeitpunkt. Auf der Grundlage der nach Satz 9 übermittelten Kennzahlen ermittelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen für die Kennzahlen, die über die in Satz 4 Nummer 1 bis 5 genannten Sachverhalte Auskunft geben, jeweils einen statistischen Mittelwert über sämtliche Krankenkassen sowie die jeweilige Spanne zwischen dem höchsten und dem niedrigsten Wert. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen veröffentlicht die von den Krankenkassen nach Satz 9 übermittelten und die von ihm nach Satz 10 ermittelten Informationen zu den Kennzahlen jährlich, erstmals für das Kalenderjahr 2025. Die in Satz 11 genannte Veröffentlichung erfolgt durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf einer digitalen und interaktiven Plattform, die transparente, nutzerfreundliche und barrierefreie Informations- und Vergleichsmöglichkeiten für die Versicherten hinsichtlich der in Satz 4 genannten Sachverhalte bietet. Veröffentlichen die Krankenkassen Kennzahlen, die über die in Satz 4 genannten Sachverhalte Auskunft geben, sind sie verpflichtet, hierbei auf die in Satz 12 genannte Plattform hinzuweisen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen überprüft jährlich die Auswahl der nach den Vorgaben nach Satz 4 oder Satz 8 zu erhebenden und zu veröffentlichenden Kennzahlen im Austausch mit seinen Mitgliedern und entwickelt die Vorgaben der Richtlinie fort. Er lässt die in Satz 4 genannte Richtlinie sowie ihre Umsetzung extern und fachlich unabhängig wissenschaftlich evaluieren und legt dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens drei Jahre nach der in Satz 11 genannten Veröffentlichung für das Kalenderjahr 2025 einen Evaluationsbericht vor.“

25. Dem § 226 wird folgender Absatz 6 angefügt:

„(6) Sind Personen, die nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b versicherungspflichtig sind, durch Ableistung eines Freiwilligendienstes nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz oder dem Jugendfreiwilligendienstgesetz oder eines vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienstes auch nach § 5 Absatz 1 Nummer 1 versicherungspflichtig, sind die in § 5 Absatz 1 Nummer 11b genannten Leistungen und die in § 237 Satz 3 genannten Leistungen jeweils bis zum Erreichen der jeweiligen in § 10 Absatz 2 Nummer 3 genannten Altersgrenze beitragsfrei.“

26. § 274 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden nach den Wörtern „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ ein Komma und die Wörter „des Medizinischen Dienstes Bund“ eingefügt und werden nach den Wörtern „Landesverbände der Krankenkassen“ ein Komma und die Wörter „der Medizinischen Dienste“ eingefügt.

bb) In Satz 3 werden nach den Wörtern „Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ ein Komma und die Wörter „des Medizinischen Dienstes Bund“ eingefügt und werden nach den Wörtern „Kassenärztlichen Vereinigungen“ ein Komma

und die Wörter „der Prüfstelle und des Beschwerdeausschusses nach § 106c sowie der Medizinischen Dienste“ eingefügt.

cc) In Satz 5 werden nach den Wörtern „Kassenärztlichen Bundesvereinigungen“ ein Komma und die Wörter „die Prüfstelle und der Beschwerdeausschuss nach § 106c sowie die Medizinischen Dienste und der Medizinische Dienst Bund“ eingefügt.

b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Die Kosten, die den mit der Prüfung befassten Stellen entstehen, tragen die Krankenkassen nach der Zahl ihrer Mitglieder, soweit sie nicht nach Satz 3 von den dort genannten Stellen zu tragen sind. Die Kosten werden nach dem tatsächlich entstandenen Personal- und Sachaufwand berechnet. Die Verbände und Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die Prüfstelle und der Beschwerdeausschuss nach § 106c sowie die Medizinischen Dienste und der Medizinische Dienst Bund tragen die Kosten der bei ihnen durchgeführten Prüfungen selbst. Der Berechnung der Kosten für die Prüfung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und des Medizinischen Dienstes Bund sind die vom Bundesministerium der Finanzen erstellten Übersichten über die Personal- und Sachkosten in der Bundesverwaltung für Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen und Kostenberechnungen, der Berechnung der Kosten für die Prüfung der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Prüfstelle und des Beschwerdeausschusses nach § 106c sowie der Medizinischen Dienste die entsprechenden, von der zuständigen obersten Landesbehörde erstellten Übersichten zugrunde zu legen. Fehlt es in einem Land an einer solchen Übersicht, ist die Übersicht des Bundesministeriums der Finanzen entsprechend zugrunde zu legen. Zusätzlich zu den Personalkosten entstehende Verwaltungskosten sind den Kosten in ihrer tatsächlichen Höhe hinzuzurechnen. Die Personalkosten sind pro Prüfungsstunde anzusetzen. Die Kosten der Vor- und Nachbereitung der Prüfung einschließlich der Abfassung des Prüfberichts und einer etwaigen Beratung sind einzubeziehen. Das Bundesministerium für Gesundheit regelt das Nähere über die Erstattung der Kosten einschließlich der zu zahlenden Vorschüsse für die Prüfungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Medizinischen Dienstes Bund und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie für die Prüfungen der bundesunmittelbaren Krankenkassen. Die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder regeln das Nähere über die Erstattung der Kosten einschließlich der zu zahlenden Vorschüsse für die Prüfungen der landesunmittelbaren Krankenkassen und der Landesverbände der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Prüfstelle und des Beschwerdeausschusses nach § 106c sowie der Medizinischen Dienste.“

c) Dem Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:

„Zudem prüft der Bundesrechnungshof die Haushalts- und Wirtschaftsführung der Kassenärztlichen Vereinigungen und ihrer Bundesvereinigungen, der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund sowie des Gemeinsamen Bundesausschusses.“

27. In § 280 Absatz 4 Satz 3 wird die Angabe „sowie § 274“ gestrichen.

28. In § 281 Absatz 3 Satz 3 wird die Angabe „219 und 274“ durch die Angabe „und § 219“ ersetzt.

Artikel 2

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 34 und Artikel 35 Absatz 10 des Gesetzes vom 27. März 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 108) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 25 Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „und 3“ durch die Angabe „bis 4“ ersetzt.
2. § 47a Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt geändert:
 - a) In Nummer 5 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt.
 - b) In Nummer 6 wird der Punkt am Ende durch ein Komma und das Wort „und“ ersetzt.
 - c) Folgende Nummer 7 wird angefügt:

„7. die Gesundheitsämter, die nach Landesrecht bestimmten heimrechtlichen Aufsichtsbehörden und die nach Landesrecht zuständigen Gesundheitsbehörden.“
3. § 53 wird wie folgt geändert:
 - a) In Satz 2 werden nach dem Wort „gelten“ die Wörter „vorbehaltlich des Satzes 3,“ eingefügt.
 - b) Folgender Satz wird angefügt:

„§ 217f Absatz 4 des Fünften Buches gilt mit der Maßgabe entsprechend, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen in der nach § 217f Absatz 4 Satz 4 des Fünften Buches zu erlassenden Richtlinie auch verbindliche Vorgaben festlegt für die einheitliche Erhebung und Veröffentlichung von Kennzahlen, die mindestens Auskunft geben über die Durchführung und Inanspruchnahme

 1. der Pflegeberatung nach § 7a, mindestens differenziert nach der Durchführung als persönliche Beratung
 - a) in der häuslichen Umgebung der anspruchsberechtigten Person oder in der Einrichtung, in der die anspruchsberechtigte Person lebt,
 - b) in Pflegestützpunkten, Pflegeberatungsstellen oder sonst vor Ort,
 - c) als Videokonferenz und
 - d) als telefonische Beratung,
 2. der Pflegekurse nach § 45, mindestens differenziert nach
 - a) Schulungskursen vor Ort,
 - b) Schulungen in der häuslichen Umgebung der pflegebedürftigen Person und

c) digitalen Pflegekursen;

für die Kennzahlen zur Durchführung der Pflegeberatung und der Pflegekurse sind die Kapazitäten der Pflegekassen mindestens bezogen auf die Anzahl der bei ihnen Versicherten sowie die Anzahl der bei ihnen versicherten pflegebedürftigen Personen maßgeblich“.

4. In § 57 Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Absatz 3 bis 5“ durch die Wörter „Absatz 3 bis 6“ ersetzt.

Artikel 3

Änderung der Bundeshaushaltsordnung

In § 112 Absatz 1 Satz 3 der Bundeshaushaltsordnung vom 19. August 1969 (BGBl. I S. 1284), die zuletzt durch Artikel 12 des Gesetzes vom 22. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I S. 412) geändert worden ist, werden nach dem Wort „Gesetzes“ die Wörter „vorbehaltlich besonderer Regelungen im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung“ eingefügt.

Artikel 4

Änderung des Arzneimittelgesetzes

In § 78 Absatz 1 Satz 1 und 2 des Arzneimittelgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3394), das zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 27. März 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 109) geändert worden ist, werden die Wörter „für Wirtschaft und Energie“ und die Wörter „im Einvernehmen mit dem Bundesministerium“ jeweils gestrichen.

Artikel 5

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

§ 26 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 8a des Gesetzes vom 22. März 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 101) geändert worden ist, wird aufgehoben.

Artikel 6

Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

Dem § 31 Absatz 1 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-25, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 22. März 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 101) geändert worden ist, werden die folgenden Sätze angefügt:

„Ärzte mit einer für die Behandlung erforderlichen abgeschlossenen Weiterbildung sind vom Zulassungsausschuss auf Antrag zur ambulanten psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von Personen, die intellektuell beeinträchtigt sind, unter einer bestehenden Suchterkrankung leiden oder aufgrund eines erheblich eingeschränkten Funktionsniveaus sozial benachteiligt sind, zu ermächtigen. Voraussetzung für die Ermächtigung nach Satz 3 ist der Nachweis einer entsprechenden Kooperationsvereinbarung mit einem medizinischen Behandlungszentrum nach § 119c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, einer Einrichtung der Suchthilfe, der Krisenhilfe oder der sozialpsychiatrischen Dienste oder einer vergleichbaren Einrichtung.“

Artikel 7

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

Die Berufsorganisationen der Pflegeberufe haben derzeit im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) unter anderem ein allgemeines Beteiligungsrecht im Bereich der Qualitätssicherung und bei den Richtlinien nach § 63 Absatz 3c SGB V lediglich ein Stimmrecht. Die Expertise der Berufsorganisationen der Pflegeberufe muss aber weitergehend einfließen in die Beratungen des G-BA. Um die Stimme der Pflege weiter zu stärken, müssen die bestehenden Beteiligungsrechte in den für die Pflege relevanten Aufgabenbereichen des G-BA erweitert werden.

Darüber hinaus fließt derzeit die Expertise weiterer Betroffener (wie der einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften oder der Vertretungen der Hebammen und der von Hebammen geleiteten Einrichtungen) noch nicht ausreichend in die Beratungen des G-BA ein, sodass weitere Beteiligungsrechte notwendig sind.

Die Patientenvertretung hat zwar schon grundsätzlich in allen Gremien des G-BA ein umfassendes Antrags- und Mitberatungsrecht und kann im Rahmen der Beschlussfassung im Beschlussgremium des G-BA ihre Positionierung gegenüber der Beschlussvorlage darstellen. Jedoch kann bei der Abstimmung über eine Beschlussvorlage im Beschlussgremium des G-BA gegen das ausdrückliche Votum der Patientenvertretung dennoch ein Beschluss gefasst werden. Daher gilt es, die Position der Patientenvertretung zu stärken.

Die Entscheidungsverfahren des G-BA sind zwar bereits größtenteils an gesetzliche Fristen geknüpft. Da es sich aber um maßgebliche Entscheidungen für die gesundheitliche Versorgung gesetzlich Versicherter handelt, müssen die Verfahren weiter beschleunigt werden.

Zudem wird die langjährige Zusammenarbeit des G-BA mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) gesetzlich verankert.

Mit Blick auf § 64a des Vierten Buches Sozialgesetzbuch, der es den Organen und Entscheidungsgremien der Sozialversicherungsträger (unter anderem der Krankenkassen) nun dauerhaft möglich macht, hybride und digitale Sitzungen durchzuführen, soll auch für die Kassenärztlichen Vereinigungen und ihre Bundesvereinigungen sowie den G-BA und den Bewertungsausschuss die Klarstellung erfolgen, dass sie die Durchführung hybrider und digitaler Sitzungen ihrer Organe beziehungsweise Entscheidungsgremien in ihren Satzungen beziehungsweise Geschäftsordnungen regeln können. Dies stärkt die Funktionsfähigkeit der betreffenden Selbstverwaltungsgremien und ermöglicht eine effizientere Durchführung ihrer Sitzungen.

Darüber hinaus zielt der Gesetzentwurf darauf ab, die Gründung medizinischer Versorgungszentren (MVZ) durch Kommunen zu erleichtern und diese damit noch besser in die Lage zu versetzen, eine starke lokale Versorgungsinfrastruktur aufzubauen.

Der Gesetzentwurf zielt außerdem darauf ab, die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zielgerichtet zu verbessern, zu erleichtern und auch perspektivisch sicherzustellen. Dazu wird für vulnerable Personengruppen der Zugang zur Versorgung verbessert, indem den besonderen Versorgungsbedürfnissen von Kindern und Jugendlichen in der Bedarfsplanung Rechnung getragen werden. Zudem wird ein neuer Ermächtigungstatbestand zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Behandlung von

Patientinnen und Patienten geschaffen, die aufgrund ihrer persönlichen und sozialen Lebensumstände einen erschwerten Zugang zur Versorgung haben. Zudem wird eine korrespondierende Regelung für Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schwerer Mehrfachbehinderung ergänzt. Darüber hinaus werden bei der Psychotherapie Vereinfachungen und Flexibilisierungen beim Antrag auf Kurzzeittherapie und beim Konsiliarbericht vorgesehen. Da die Weiterbildungsordnungen für die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Weiterbildung vorsehen, dass die Weiterbildung im hauptberuflichen Angestelltenverhältnis durchgeführt wird, sind rechtliche Vorgaben zur Weitergabe eines Teils der Vergütung, den die Weiterbildungsambulanzen von den Krankenkassen für durch die Weiterbildungsteilnehmenden erbrachten Leistungen erhalten, obsolet und damit zu streichen. Auch wird die Position der Weiterbildungsambulanzen dadurch gestärkt, dass sie die Möglichkeit erhalten, ihre Vergütung mit den Krankenkassen selbst zu verhandeln. Das Bundesministerium für Gesundheit erhält künftig valide Informationen hinsichtlich der Überprüfung der Versorgungsaufträge von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten sowie von Vertragspsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten und kann auf dieser Grundlage die Versorgungssituation differenziert beurteilen.

Zur bestmöglichen Unterstützung der kognitiven und motorischen Entwicklung von Versicherten, die unter schweren Krankheiten leiden oder von Behinderung betroffen sind, zur Sicherung ihrer Teilhabe sowie zur Vermeidung von Begleit- und Folgeerkrankungen ist eine möglichst unverzügliche Versorgung mit medizinisch notwendigen Hilfsmitteln unerlässlich. Ziel des Gesetzentwurfs ist es, die entsprechenden Bewilligungsverfahren für Hilfsmittelversorgungen zu beschleunigen.

Die Krankenkassen sind ein wichtiger Eckpfeiler des deutschen Gesundheitssystems. Wesentliche Aufgabe ist dabei gemäß § 1 Satz 4 SGB V die Unterstützung ihrer Versicherten im Krankheitsfall durch Aufklärung, Beratung und Leistungen. Gleiches gilt für die Pflegekassen im Pflegefall. Als Körperschaften des öffentlichen Rechts treffen die Kranken- und Pflegekassen rechtsverbindliche Entscheidungen über Leistungsanträge ihrer Versicherten, die für deren gesundheitliche und pflegerische Versorgung von großer Bedeutung sind. Gleichzeitig sind die Kranken- und Pflegekassen verpflichtet, mit den Beiträgen der Versicherungsgemeinschaft wirtschaftlich umzugehen und Leistungsanträge bezogen auf den individuellen Bedarf hin zu überprüfen sowie eine sachgerechte Entscheidung zu treffen. In vielen Fällen sind die Versicherten dabei auf eine fachgerechte Beratung und Begleitung angewiesen.

Neben Anträgen in den verschiedenen Leistungsbereichen, die eine Bewilligung der Krankenkassen erfordern, besteht eine weitere zentrale Aufgabe der Krankenkassen gegenüber ihren Versicherten darin, deren gesundheitliche Eigenkompetenz und Eigenverantwortung durch Aufklärung und Beratung zu fördern. Voraussetzung für eine zielgerichtete Umsetzung dieser gesetzlichen Aufgabe ist ein gutes Beratungs- und Unterstützungsangebot der Krankenkassen für ihre Versicherten. Gleiches gilt für die Pflegekassen.

Vor diesem Hintergrund zielt die Neufassung von § 217f Absatz 4 SGB V darauf ab, die Transparenz hinsichtlich der Servicequalität der Krankenkassen und des Leistungsgeschehens in der GKV zu erhöhen. Gemäß § 53 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) gilt § 217f SGB V entsprechend für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung und die Pflegekassen. Dies gilt auch für die Neufassung von § 217f Absatz 4 SGB V. Durch eine einheitliche und verbindliche Festlegung von zu veröffentlichenden Kennzahlen und Informationen wird die Vergleichbarkeit zwischen den Kranken- und Pflegekassen bundesweit gewährleistet und so der Qualitätswettbewerb zwischen den Kranken- und Pflegekassen gestärkt. Es wird ein übersichtliches und niedrigschwelliges Informationsangebot geschaffen. Mit der Neufassung von § 217f Absatz 4 SGB V wird zudem der Auftrag des § 220 Absatz 4 Satz 4 und 5 SGB V umgesetzt, dass das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) Vorschläge für gesetzliche Vorgaben erarbeitet, die eine Offenlegung der Service- und Versorgungsqualität der Krankenkassen anhand von einheitlichen Mindestkriterien ermöglichen.

Infolge des Flexirentengesetzes vom 8. Dezember 2016 (BGBl. I S. 2838) kommt es vermehrt zu Fällen, in denen privat krankenversicherte Rentnerinnen und Rentner durch gezieltes Absenken des Rentenzahlbetrages auf die Einkommensgrenze der Familienversicherung nach § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V Aufnahme in die Familienversicherung erhalten. Bei anschließender Wahl einer Vollrente können sie ihre Versicherung als freiwillige Mitgliedschaft in der GKV fortsetzen. Diese Missbrauchsmöglichkeit zulasten der Solidargemeinschaft der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler soll unterbunden werden. Gleiches gilt für die soziale Pflegeversicherung.

Waisenrentner sind in der GKV seit 2017 zwar versicherungspflichtig, die Waisenrente ist jedoch grundsätzlich beitragsfrei. Das gilt jedoch nicht für Waisenrentner, die einen Bundesfreiwilligendienst oder Jugendfreiwilligendienst (als freiwilliges soziales Jahr oder freiwilliges ökologisches Jahr) absolvieren. Das hierfür gewährte Taschengeld bewirkt, dass der Freiwilligendienst wie eine entgeltliche Tätigkeit bewertet wird, weshalb auch die Waisenrente beitragspflichtig wird. Da diese Beitragspflicht eine Erschwernis für junge Menschen darstellen kann, die bereit sind, sich freiwillig für die Gesellschaft zu engagieren, soll eine Beitragsfreiheit für Waisenrenten auch bei Freiwilligendiensten normiert werden. Gleiches gilt für die soziale Pflegeversicherung.

Mit dem Ziel, die hausärztliche Versorgung zu stärken und auch künftig flächendeckend zu gewährleisten, wird zudem die Ausübung einer ärztlichen Tätigkeit in der allgemeinen hausärztlichen Versorgung dauerhaft finanziell attraktiver ausgestaltet und werden die Hausarztpraxen zugleich von medizinisch nicht notwendigen Arzt-Patienten-Kontakten entlastet.

Durch die Vorgabe zur Festlegung einer Geringfügigkeitsgrenze im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfungen ärztlich verordneter Leistungen werden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte entlastet und wird Bürokratie abgebaut.

Darüber hinaus wird die Teilnahme an einer hausarztzentrierten Versorgung zusätzlich gefördert.

Die Vergütung der Kosten durchgeführter Testungen auf das Coronavirus SARS-CoV-2 bei voll- oder teilstationären Patientinnen und Patienten im Krankenhaus erfolgt weiterhin über ein separates Zusatzentgelt. Wie andere pandemiebedingte Sonderregelungen ist auch diese Regelung nach dem Ende der COVID-19-Pandemie nicht mehr erforderlich.

Abrechnungsbetrug und Korruption im Gesundheitswesen fügen der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung kontinuierlich große finanzielle Schäden zu. Seit dem Jahr 2004 sind die Kranken- und Pflegekassen – wenn angezeigt auch deren Landesverbände – sowie der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) verpflichtet, Fehlverhaltensbekämpfungsstellen zu betreiben. Der GKV-Spitzenverband berichtet alle zwei Jahre über die Arbeit dieser Stellen und leitet Handlungsempfehlungen daraus ab (zuletzt mit dem 7. Fehlverhaltensbericht vom 27. April 2023). Danach muss die Fehlverhaltensbekämpfung unter anderem durch ergänzende gesetzliche Regelungen weiterentwickelt und effektiviert werden. Ziele sind dabei, die Prävention von Fehlverhalten im Gesundheitswesen zu stärken und die erfolgreiche Aufdeckung zum Beispiel von Betrugsfällen zu fördern.

Die unabhängige Finanzkontrolle im Gesundheitsbereich soll gestärkt werden durch zusätzliche Prüfrechte des Bundesrechnungshofs (BRH) auch gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen und deren Bundesvereinigungen, den Medizinischen Diensten, dem Medizinischen Dienst Bund (MD Bund) sowie dem G-BA. Da auch die Mitgliedsbeiträge beziehungsweise Systemzuschläge, aus denen sich die genannten Selbstverwaltungsorganisationen finanzieren, letztlich aus dem Gesundheitsfonds stammen, soll die ordnungsgemäße und wirtschaftliche Verwendung dieser Mittel nicht länger der parlamentarischen Kontrolle entzogen sein. Deshalb werden ergänzende Prüfbefugnisse für den BRH gesetzlich festgelegt, die den Informationsbedarf des Parlaments decken und prüfungsfreie Räume vermeiden.

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

Im Einzelnen sieht der Gesetzentwurf folgende Regelungen vor:

II.1 Gemeinsamer Bundesausschuss

Um die Stimme der Pflege im G-BA zu stärken, wird den Berufsorganisationen der Pflegeberufe ein Antrags- und Mitberatungsrecht bei den Richtlinien und Beschlüssen über die Qualitätssicherung sowie bei weiteren Aufgabenbereichen des G-BA, die die Berufsausübung der Pflegeberufe betreffen, eingeräumt. Das Antrags- und Mitberatungsrecht umfasst das Recht, Beratungsgegenstände auf die Tagesordnung setzen zu lassen und bei der Beschlussfassung anwesend zu sein. Zudem besteht ein Einvernehmensefordernis bei Entscheidungen über die Einrichtung einer Arbeitsgruppe und die Bestellung von Sachverständigen durch einen Unterausschuss. Darüber hinaus wird die Vertretung der Berufsorganisationen der Pflegeberufe zur Wahrnehmung der erweiterten Beteiligungsrechte finanziell unterstützt.

Damit die Belange der Patientinnen und Patienten noch besser berücksichtigt werden, erhält die Patientenvertretung das Recht, eine Beschlussfassung im Beschlussgremium einmalig zu verhindern, wodurch eine erneute Auseinandersetzung mit den bestehenden Bedenken oder Einwänden der Patientenvertretung in den Gremien des G-BA erfolgen soll. Ein erneut ablehnendes Votum der Patientenvertretung soll jedoch nur bei einer maßgeblichen Änderung zu einer erneuten Hemmung führen können.

Als weitere Maßnahme, die zur Beschleunigung der Verfahren im G-BA führen kann, soll die Verpflichtung des G-BA zur jährlichen Berichterstattung an den Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages dahingehend modifiziert werden, dass über alle Verfahren zu berichten ist, die länger als zwei Jahre andauern. Zudem werden weitere Fristvorgaben eingeführt – für Verfahren zur Erarbeitung von Richtlinien zu neuen strukturierten Behandlungsprogrammen (innerhalb von zwei Jahren) und für Verfahren zur Erarbeitung von Anforderungen für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung einer Erkrankung (jeweils innerhalb von maximal einem Jahr).

Um die Mitsprachemöglichkeiten weiterer von den Entscheidungen des G-BA Betroffener auszubauen, werden die bislang für die Bereiche der Methodenbewertung und der strukturierten Behandlungsprogramme bereits bestehenden Stellungnahmerechte der einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften auf weitere Arbeitsbereiche des G-BA ausgedehnt.

Bei Entscheidungen über die Krebsfrüherkennungs-Richtlinie und die Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme erhalten zudem die Deutsche Krebshilfe und die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren ein Stellungnahmerecht. Eine Erweiterung der Stellungnahmerechte von betroffenen Organisationen zu einem Recht auf Teilnahme an den Beratungen wird den Vertretungen der Hebammen und der von Hebammen geleiteten Einrichtungen zukünftig zustehen.

Die langjährige Praxis der Beratung des G-BA durch die AkdÄ insbesondere im Rahmen der Vorbereitung von Beschlüssen zur Arzneimittel-Richtlinie wird gesetzlich verankert und eine Grundlage für die Zahlung eines angemessenen Aufwendersatzes für die Wahrnehmung dieser Aufgabe geschaffen.

II.2 Digitale Sitzungen und Beschlussfassungen von Selbstverwaltungsgremien

Für die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, den G-BA sowie den Bewertungsausschuss wird jeweils klargestellt, dass sie die Durchführung von hybriden und digitalen Sitzungen in ihren Satzungen beziehungsweise Geschäftsordnungen regeln können. Hierzu erfolgen entsprechende Ergänzungen in den Regelungen

der §§ 81, 87 und 91 SGB V. Danach besitzen die Selbstverwaltungsorganisationen einen weiten Gestaltungsspielraum für die Nutzung neuer Sitzungsformate und können hierzu in ihren Satzungen beziehungsweise Geschäftsordnungen auch gegebenenfalls notwendige Festlegungen zur Einhaltung des Datenschutzes, zur IT-Sicherheit oder zu den Auswirkungen von technischen Störungen auf die Sitzungsdurchführung treffen.

II.3 Medizinische Versorgungszentren

Die Gründung von MVZ durch Kommunen wird erleichtert. Der Gesetzentwurf sieht hierfür für die Zulassung eines MVZ in der Rechtsform der Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) die Möglichkeit vor, die gesetzlich vorgesehenen Sicherheitsleistungen der Höhe nach zu begrenzen. Darüber hinaus wird klargestellt, dass die Verwendung von Mitteln des Strukturfonds zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung nicht von der Feststellung einer Unterversorgung oder eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs abhängt.

II.4 Ambulante Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen

Mit einem Paket von Regelungen wird die ambulante psychotherapeutische und psychiatrische Versorgung zielgerichtet verbessert, erleichtert und zukünftig sichergestellt.

Die Erbringung psychotherapeutischer Leistungen wird vereinfacht. Es wird geregelt, dass künftig die Einholung eines Konsiliarberichts entbehrlich ist, wenn die psychotherapeutische Behandlung auf Überweisung eines Vertragsarztes oder einer Vertragsärztin erfolgt und daher eine somatische Abklärung bereits stattgefunden hat. Zudem wird dem G-BA aufgegeben, das Antragsverfahren für die Beantragung von Kurzzeittherapie von einem bisher zweistufigen auf ein einstufiges Verfahren umzustellen.

Der Zugang zur Versorgung von vulnerablen Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen wird verbessert. Psychotherapeutisch tätige Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, bilden zukünftig eine eigene bedarfsplanungsrechtliche Arztgruppe. Für die Behandlung von Patientinnen und Patienten, die aufgrund ihrer persönlichen und sozialen Lebensumstände einen erschwerten Zugang zur Versorgung haben, wird ein neuer Ermächtigungstatbestand geschaffen. Zudem wird eine korrespondierende Regelung für Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schwerer Mehrfachbehinderung ergänzt.

Die Regelung für die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Weiterbildung, dass die Weiterbildungsambulanzen einen Teil der Vergütung, den die Weiterbildungsambulanzen von den Krankenkassen für die Weiterbildungsteilnehmenden erbrachten Leistungen erhalten, an die Weiterbildungsteilnehmer weiterzugeben haben wird gestrichen. Zudem erhalten die Weiterbildungsambulanzen die Möglichkeit, ihre Vergütung mit den Krankenkassen selbst zu verhandeln.

Das Bundesministerium für Gesundheit erhält künftig jährlich einen Bericht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, in der diese die Verfahren und Maßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Überprüfung der Vertragungsaufträge in der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung evaluiert. Auf dieser Grundlage kann das Bundesministerium für Gesundheit die Versorgungssituation differenziert beurteilen.

II.5 Hilfsmittelversorgung

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass zur Beschleunigung von Bewilligungsverfahren von Hilfsmittelversorgungen im Hilfsmittelbereich bei Anträgen von Kindern oder Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen das Prüfprogramm der Krankenkassen für solche Hilfsmittelversorgungen eingeschränkt wird, die von Versicherten beantragt werden, die in einem sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) oder einem

medizinischen Behandlungszentrum für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB) in Behandlung sind, sofern der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin des SPZ oder MZEB die beantragte Versorgung empfiehlt. Die Krankenkassen haben in diesen Fällen von der medizinischen Erforderlichkeit der beantragten Versorgung auszugehen. Insbesondere die zum Teil sehr zeitaufwändige Hinzuziehung des Medizinischen Dienstes bei der Beurteilung der Erforderlichkeit der beantragten Hilfsmittelversorgung kann unterbleiben.

II.6 Leistungs- und Servicequalitätstransparenz von Kranken- und Pflegekassen

Für gesetzlich Kranken- und Pflegeversicherte wird ein übersichtliches und niedrigschwelliges digitales Informations- und Vergleichsangebot geschaffen. Hierzu sieht der Gesetzentwurf eine einheitliche und verbindliche Festlegung von zu veröffentlichenden Kennzahlen und Informationen im Rahmen einer Richtlinie durch den GKV-Spitzenverband für die Kranken- und Pflegekassen vor. Diese Kennzahlen und Informationen für die GKV und die soziale Pflegeversicherung sollen insbesondere Transparenz herstellen

- hinsichtlich der Anzahl von Genehmigungen, Ablehnungen, Widersprüchen und Klagen im Leistungsgeschehen, differenziert nach versichertenrelevanten Leistungsbereichen,
- hinsichtlich der versichertenrelevanten Bearbeitungsdauer der Kranken- und Pflegekassen im Leistungsgeschehen,
- hinsichtlich der Qualität von Beratungs- und Unterstützungsangeboten der Kranken- und Pflegekassen im Hinblick auf den Antragsprozess, das Beschwerdemanagement und die Förderung der Patientensicherheit sowie
- zusätzlich bei den Pflegekassen hinsichtlich der Durchführung und Inanspruchnahme der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und der Pflegekurse nach § 45 SGB XI.

II.7 Begrenzung Wechsel in die Familienversicherung

Ein Wechsel aus der privaten Krankenversicherung in die Familienversicherung der GKV durch Absenken einer Altersrente auf eine Teilrente wird ausgeschlossen.

II.8 Beitragsfreiheit für Waisenrenten bei Freiwilligendiensten

Um junge Menschen, die bereit sind, sich freiwillig für die Gesellschaft zu engagieren, zu unterstützen, werden Waisenrenten oder entsprechende Hinterbliebenenversorgungsleistungen auch während der Ableistung eines Freiwilligendienstes innerhalb der Altersgrenzen nach § 10 Absatz 2 Nummer 3 SGB V in der GKV und der sozialen Pflegeversicherung beitragsfrei gestellt.

II.9 Reform der hausärztlichen Vergütung

Um die ambulante ärztliche Versorgung in der GKV auch künftig flächendeckend sicherzustellen, ist es essentiell, die hausärztliche Versorgung zu stärken. Hierfür werden mehrere Maßnahmen zur Anpassung der Vergütung der Hausärztinnen und Hausärzte ergriffen. Die Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung werden von mengenbegrenzenden oder honorarmindernden Maßnahmen ausgenommen (Entbudgetierung). Zudem werden eine quartalsübergreifende Versorgungspauschale zur Behandlung chronisch kranker Patientinnen und Patienten, die keinen intensiven Betreuungsaufwand aufweisen, sowie eine – an die Erfüllung bestimmter Kriterien durch die Hausärztin oder den Hausarzt geknüpfte – Vorhaltepauschale für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrages eingeführt.

II.10 Wirtschaftlichkeitsprüfungen

Durch die Vorgabe zur Festlegung einer Geringfügigkeitsgrenze im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfungen ärztlich verordneter Leistungen werden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte entlastet und wird Bürokratie abgebaut.

II.11 Streichung des Zusatzentgeltes für Testungen auf das Coronavirus SARS-CoV-2 in Kliniken

Das Zusatzentgelt für die Vergütung der Kosten durchgeführter Testungen auf das Coronavirus SARS-CoV-2 bei stationärer Krankenhausbehandlung wird aufgehoben. Wie andere pandemiebedingte Sonderregelungen ist auch diese Regelung nach dem Ende der COVID-19-Pandemie nicht mehr erforderlich. Zukünftig werden für Testungen auf das Coronavirus SARS-CoV-2 entstehende Kosten systemkonsistent im Rahmen der regulären Entgelte berücksichtigt.

II.12 Regelungen zur Fortentwicklung der Fehlverhaltensbekämpfung

Um die Arbeit der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen der Kranken- und Pflegekassen zu stärken und zu effektivieren, sollen die Landesverbände nunmehr ausnahmslos in diese Aufgabe einbezogen, Datenüberemittlungsbefugnisse erweitert und die Voraussetzungen für eine auf Künstlicher Intelligenz (KI)- gestützten Datenverarbeitung bei der Fehlverhaltensbekämpfung gesetzlich klargestellt werden. Mit der Verpflichtung des GKV-Spitzenverbandes zur Vorlage eines gutachtenbasierten Konzepts für eine bundesweite Betrugspräventionsdatenbank soll ein ergänzendes Instrument der Fehlverhaltensbekämpfung entwickelt werden.

II.13 Erweiterte Prüfrechte des Bundesrechnungshofs

Dem BRH werden im Interesse einer wirksamen Finanzkontrolle im Gesundheitswesen in § 274 Absatz 4 SGB V Prüfrechte auch gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen, ihren Bundesvereinigungen, den Medizinischen Diensten, dem MD Bund sowie dem G-BA eingeräumt. Zudem wird in § 112 der Bundeshaushaltsordnung die Möglichkeit zu Regelungen von besonderen Prüfrechten im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung ergänzt.

II.14 Zuständigkeit für die Arzneimittelpreisverordnung

Vorgesehen ist, die federführende Zuständigkeit für die Arzneimittelpreisverordnung vom Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz auf das Bundesministerium für Gesundheit zu übertragen.

III. Alternativen

Eine Alternative zur Weiterentwicklung der Beteiligungsrechte im G-BA ist nicht ersichtlich. Insbesondere könnte ein Verzicht auf die vorgesehene finanzielle Unterstützung der Berufsorganisationen der Pflegeberufe zur Wahrnehmung der erweiterten Beteiligungsrechte dazu führen, dass diese tatsächlich nicht ausgeübt werden könnten.

Alternativ zur Neufassung des § 217f Absatz 4 SGB V in Verbindung mit § 53 SGB XI und der damit verbundenen gesetzlichen Verpflichtung zur Veröffentlichung versichertenrelevanter einheitlicher Kennzahlen und Informationen in der GKV und der sozialen Pflegeversicherung auf einer gemeinsamen digitalen Plattform könnten Kranken- und Pflegekassen weiterhin ausschließlich freiwillig eigene Transparenzberichte veröffentlichen. Diese Alternative birgt zum einen die Gefahr, dass sich die Transparenzberichte mit Blick auf die erforderlichen Mindestkriterien weiterhin sowohl vom Inhalt als auch von der Darstellung her

wesentlich unterscheiden. Zum anderen wäre eine Veröffentlichung durch alle Krankenkassen ohne eine gesetzliche Grundlage nicht gewährleistet. Zudem wäre es für Versicherte mit einem hohen Maß an Aufwand verbunden, kranken- beziehungsweise pflegekassenindividuelle Berichte mehrerer kranken- beziehungsweise Pflegekassen abzurufen und miteinander zu vergleichen. Sowohl die gesetzlich vorgegebenen Mindestkriterien als auch die einheitliche Veröffentlichung auf einer gemeinsamen digitalen Plattform stellen die erforderliche Aussagekraft und Vergleichbarkeit sowie einen versichertenfreundlichen Zugriff auf diese Informationen sicher.

Alternativ zur Einschränkung des Prüfprogramms der Krankenkassen durch die Vermutung der medizinischen Erforderlichkeit von Hilfsmitteln, wenn sie von Versicherten beantragt werden, die in einem SPZ oder MZEB regelmäßig sind und die beantragte Versorgung vom SPZ oder MZEB empfohlen worden ist, könnte lediglich die Hinzuziehung des Medizinischen Dienstes in den genannten Fällen untersagt werden. Auch hierdurch würde eine Beschleunigung der Verfahren erreicht. Die Krankenkassen hätten jedoch einen im Vergleich zur vorgeschlagenen Regelung erweiterten Prüfaufwand zu tätigen ohne dass erkennbar wäre, dass dies zu anderen oder besseren Ergebnissen führen würde. Es ist nicht davon auszugehen, dass das von den Krankenkassen für die Prüfung von Hilfsmittelanträgen eingesetzte Personal, die medizinische Erforderlichkeit der beantragten Hilfsmittel besser oder anders beurteilen kann als die die Antragstellenden regelmäßig in den SPZ oder MZEB betreuenden Ärztinnen und Ärzte, die sich zudem in interdisziplinär zusammengesetzten Versorgungsteams austauschen. Mit der vorgeschlagenen Regelung können medizinisch notwendige Versorgungsnahmen schneller und aufwandsärmer als mit der beschriebenen Alternative umgesetzt werden.

IV. Gesetzgebungskompetenz

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes folgt aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 des Grundgesetzes (GG – öffentliche Fürsorge, Sozialversicherung).

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die vorgesehene Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) stützt sich auf Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19a GG (wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und Regelung der Krankenhauspflegesätze) in Verbindung mit Artikel 72 Absatz 2 GG. Diese Gesetzgebungskompetenz umfasst alle Regelungen, die die Entgelte der Krankenhausleistungen nach Höhe und Struktur beeinflussen, und damit auch Regelungen zur Streichung des Zusatzentgeltes für Testungen auf das Coronavirus SARS-CoV-2 bei Patientinnen und Patienten, die zur voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden. Die vorliegende bundesgesetzliche Regelung ist zur Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet sowie zur Wahrung der Rechts- und Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse im Sinne des Artikel 72 Absatz 2 GG erforderlich. Das Vergütungssystem für die Krankenhäuser ist bundesweit einheitlich geregelt. Folglich sind Änderungen in diesem System ebenso einheitlich vorzunehmen. Die Notwendigkeit bundesgesetzlicher Regelungen betrifft alle Regelungen, die für die Krankenhäuser finanzielle Wirkungen haben, um einheitliche wirtschaftliche Rahmenbedingungen für die stationäre Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen.

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die Änderung im Arzneimittelgesetz folgt aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19 GG (Recht der Arzneien).

V. Vereinbarkeit mit dem Recht der Europäischen Union und völkerrechtlichen Verträgen

Der Gesetzentwurf ist mit dem Recht der Europäischen Union und mit völkerrechtlichen Verträgen vereinbar, die die Bundesrepublik Deutschland abgeschlossen hat.

VI. Gesetzesfolgen

1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung

Eine Rechts- und Verwaltungsvereinfachung ist nicht Gegenstand des Gesetzes.

2. Nachhaltigkeitsaspekte

Der Gesetzentwurf steht im Einklang mit den Zielen und Leitprinzipien der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie. Durch die vorgesehene Verbesserung des Zugangs zur psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen verfolgt der Gesetzentwurf insbesondere das Nachhaltigkeitsziel 3 „Ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern“. Über die vorgesehene Beschleunigung von Bewilligungsverfahren von Hilfsmittelversorgungen im Hilfsmittelbereich bei Anträgen von Kindern oder Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen dient der Gesetzentwurf außerdem der Verbesserung der Gesundheitschancen aller Einwohnerinnen und Einwohner und insbesondere der Menschen mit einem besonderen Unterstützungsbedarf. Damit entspricht er dem Nachhaltigkeitsziel 10 „Ungleichheit in und zwischen Ländern verringern“. Das gilt auch für die geplante einheitliche und verbindliche Festlegung von zu veröffentlichenden Kennzahlen und Informationen der Kranken- und Pflegekassen mit dem Ziel, die Servicequalität der Kranken- und Pflegekassen zu erhöhen und so den Qualitätswettbewerb zwischen den Kranken- und Pflegekassen zu stärken.

3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Bund, Länder und Kommunen

Aufgrund der Streichung des Zusatzentgelts für die Kosten durchgeführter Testungen auf das Coronavirus SARS-CoV-2 bei voll- und teilstationären Patientinnen und Patienten, ergeben sich für Bund, Länder und Kommunen als Träger der Beihilfe ab dem Jahr 2024 jährliche Einsparungen in Höhe eines niedrigen einstelligen Millionenbetrages.

Gesetzliche Krankenversicherung

Die Maßnahmen im Bereich der Vergütung der hausärztlichen Versorgung führen zu unterschiedlichen finanziellen Auswirkungen. Die Entbudgetierung der Hausärztinnen und Hausärzte führt zu jährlichen Mehrausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe eines unteren dreistelligen Millionenbetrages. Durch die Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen (EBM) im Hinblick auf die Einführung einer quartalsübergreifenden Versorgungspauschale zur Behandlung chronisch kranker Patientinnen und Patienten sowie einer Vorhaltepauschale für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrages soll es zu keinen Mehr- oder Minderausgaben für die GKV kommen.

Es ist davon auszugehen, dass durch die Regelungen zur separaten Bedarfsplanung von Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln, zusätzliche ambulante Niederlassungsmöglichkeiten entstehen. Dadurch können der GKV ab dem Jahr 2026 Mehrausgaben in Höhe eines niedrigen bis mittleren zweistelligen Millionenbetrages pro Jahr entstehen.

Durch die Regelung zur Vorgabe einer Geringfügigkeitsgrenze in den Rahmenvorgaben von 300 Euro bis zu deren Erreichung keine Wirtschaftlichkeitsprüfungen ärztlich verordneter Leistungen nach § 106b Absatz 1 SGB V durchzuführen sind, ergibt sich eine zusätzliche jährliche finanzielle Belastung der GKV in Höhe von rund 3 Millionen Euro. Demgegenüber stehen Einsparungen beim Erfüllungsaufwand, der sich aus einer Reduktion der Ausgaben für die Prüfverfahren ergibt (siehe hierzu unter 4 .2).

Aufgrund der Streichung des Zusatzentgelts für die Kosten durchgeführter Testungen auf das Coronavirus SARS-CoV-2 bei voll- und teilstationären Patientinnen und Patienten, ergeben sich für die GKV ab dem Jahr 2025 jährliche Einsparungen in Höhe eines niedrigen dreistelligen Millionenbetrages.

a) Haushaltsausgaben ohne Vollzugaufwand

Durch die Ausführung des Gesetzes entstehen keine unmittelbaren zusätzlichen Kosten für die deutschen öffentlichen Haushalte.

b) Vollzugaufwand

Die Ausführung des Gesetzes führt zu keinem nennenswerten Vollzugaufwand.

4. Erfüllungsaufwand

1. Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Für die Bürgerinnen und Bürger entsteht kein Erfüllungsaufwand.

2. Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Durch die Einführung einer Versorgungspauschale und die hiermit verbundenen Reduktion medizinisch nicht notwendiger persönlicher Arzt-Patienten-Kontakte und Bürokratieaufwände (bei Abrechnungsverfahren und Arzneimittelverordnungen) werden die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer in nicht quantifizierbarer Höhe entlastet.

Durch die Regelung zur Vorgabe einer Geringfügigkeitsgrenze in den Rahmenvorgaben von 300 Euro bis zu deren Erreichung keine Wirtschaftlichkeitsprüfungen ärztlich verordneter Leistungen nach § 106b Absatz 1 SGB V beantragt werden sollen, wird jährlicher Erfüllungsaufwand bei den Prüfstellen eingespart. Unter der Annahme, dass ein Prüfverfahren Kosten in Höhe von 350 Euro verursacht und dass die Festlegung der Geringfügigkeitsgrenze auf 300 Euro zu einer Reduktion von rund 70 Prozent der jährlich durchgeführten Prüfverfahren (im Jahr 2022: rund 47.000 Prüfverfahren) führt, ergibt sich eine Reduktion des jährlichen Erfüllungsaufwands von rund 11,5 Millionen Euro. Hinzu kommt die Reduktion des Erfüllungsaufwands bei bislang in die Prüfverfahren einbezogenen Ärztinnen und Ärzten in nicht quantifizierbarer Höhe.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Durch die Regelungen zur Vereinfachung der Erbringung psychotherapeutischer Leistungen ergibt sich eine Einsparung von Bürokratiekosten in Höhe von insgesamt rund 16,8 Millionen Euro: Der Wegfall der Erforderlichkeit eines Konsiliarberichts bei vorliegender vertragsärztlicher Überweisung führt nach Einschätzung der KBV auf Grundlage von Abrechnungsdaten aus dem Jahr 2022 zu einer Einsparung in Höhe von rund 8,7 Millionen Euro. Bei rund 500 000 bei Psychologischen Psychotherapeuten begonnenen Psychotherapien im Jahr 2022 wurde bei 56 Prozent bereits im Vorfeld eine entsprechende hausärztliche Diagnose gestellt. In 280 000 Fällen entfällt damit künftig ein Aufwand von 23,5 Minuten bei einem Lohn von 73,20 Euro pro Stunde bei hohem Qualifikationsniveau sowie von 6,25 Minuten bei einem Lohn von 23,50 Euro pro Stunde bei einfachem Qualifikationsniveau (siehe jeweils Q86 Gesundheitswesen der Lohnkostentabelle 2021 des Statistischen Bundesamtes). Durch die Umstellung des zweistufigen Verfahrens zur Beantragung einer psychotherapeutischen Kurzzeittherapie auf ein einstufiges Verfahren werden nach Einschätzung der KBV Bürokratiekosten in Höhe von rund 8,1 Millionen Euro gespart. Für die zweimalige Beantragung einer Kurzzeittherapie fällt bisher schätzungsweise ein Bürokratieaufwand pro Patientin und Patient in Höhe von 41,61 Euro im Jahr an, der sich aus einer

Tätigkeit mit hohem Qualifikationsniveau von 32,5 Minuten bei einem Lohn von 73,20 Euro pro Stunde und aus einer Tätigkeit mit einfachem Qualifikationsniveau von 5 Minuten bei einem Lohn von 23,50 Euro pro Stunde ergibt. Bei rund 67 Prozent der rund 580 000 im Jahr 2022 begonnenen Kurzzeittherapien wurde ein zweiter Antrag erforderlich, der künftig wegfällt. In 388 600 Fällen entfallen damit die Hälfte der für die zweimalige Beantragung veranschlagten Kosten in Höhe von 20,81 Euro.

3. Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Bund

Für den Bund (das BMG) entsteht im Rahmen der aufsichtsrechtlichen Prüfung weiterer Beschlüsse zur Anpassung des EBM sowie der Genehmigung des Konzepts und Einvernehmensherstellung der Evaluierung für die Versorgungspauschale nach § 87 Absatz 2b Sätze 5ff SGB V ein einmaliger Erfüllungsaufwand von rund 2.500 Euro.

Dem BRH entsteht künftig ein begrenzter, aktuell nicht bezifferbarer, kontinuierlicher Erfüllungsaufwand durch die Wahrnehmung der zusätzlichen Prüfrechte gegenüber den Kasenärztlichen Vereinigungen, ihren Bundesvereinigungen, den Medizinischen Diensten, dem Medizinischen Dienst Bund sowie dem G-BA. Der Aufwand personeller Ressourcen hierfür hängt davon ab, wie häufig und wie umfangreich er die Prüfungen gestaltet. Die zuständigen Mitglieder des Bundesrechnungshofes entscheiden in richterlicher Unabhängigkeit (Artikel 114 GG) über künftige Prüfungen. Ein zusätzlicher Aufwand durch neue Prüfungskompetenzen entsteht für den Bundesrechnungshof generell nur dann, wenn er auf diese organisatorisch reagiert und zusätzliche Stellen schafft oder bestehende Stellen außerplanmäßig neu nachbesetzt. Dies ist bei dieser Regelung nicht der Fall. Die Prüfungsgegenstände und Prüfungsvolumina des Bundesrechnungshofes sind ständigen Veränderungen unterworfen. Aufgrund seiner begrenzten Prüfungskapazität kann der Bundesrechnungshof innerhalb seiner Zuständigkeit ohnehin stets nur punktuell stichprobenhaft prüfen. Die Priorität der Prüfungsthemen bestimmt dabei deren Auswahl innerhalb der vorhandenen Prüfungskapazität des Bundesrechnungshofes. Dabei ist auch einzubeziehen, dass Doppelprüfungen bei den Selbstverwaltungskörperschaften, die schon regelmäßig durch den Prüfdienst des BMG (§ 274 Absatz 1 Satz 3 SGB V) geprüft werden, vermieden werden sollen. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass sich der Bundesrechnungshof im Rahmen der Prüfung der Aufsichtstätigkeit des BMG überwiegend auch schon bisher mit den genannten Selbstverwaltungsorganisationen befasst hat.

Durch den Zuständigkeitsübergang der Arzneimittelpreisverordnung entsteht für den Bund kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand.

Länder und Kommunen

Für die Länder und die Kommunen entsteht kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand.

GKV und soziale Pflegeversicherung

Der GKV-Spitzenverband wird von seinen Mitgliedern, den Krankenkassen, finanziert. Er nimmt zudem die Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen wahr (§ 53 Satz 1 SGB XI). Der Erfüllungsaufwand für die Erstellung einer Richtlinie nach § 217f Absatz 4 SGB V geht nicht über den Erfüllungsaufwand hinaus, der bereits für die Umsetzung des bisherigen § 217f Absatz 4 SGB V anzunehmen war; gleiches gilt gemäß § 53 Satz 2 SGB XI für den Bereich der Pflegeversicherung. So hat der GKV-Spitzenverband zusammen mit seinen Mitgliedern bereits in den Jahren 2021 und 2022 relevante Vorarbeiten für die nun vorzulegende Richtlinie nach § 217f Absatz 4 Satz 4 SGB V geleistet.

Dem GKV-Spitzenverband entsteht ein jährlicher Erfüllungsaufwand im Umfang einer halben Stelle im gehobenen Dienst für das regelmäßige Fortschreiben der Richtlinie nach §

217f Absatz 4 Satz 4 SGB V, für die Verarbeitung und Auswertung der von den Kranken- und Pflegekassen übermittelten Daten zur Servicequalität der Kranken- und Pflegekassen und zum Leistungsgeschehen in der GKV und in der sozialen Pflegeversicherung sowie für das Einpflegen der Daten auf der digitalen Plattform. Legt man entsprechend dem Leitfaden zur Ermittlung und Darstellung des Erfüllungsaufwands in Regelungsvorhaben der Bundesregierung ein Gehalt von 43,40 Euro pro Stunde, für eine Vollzeitkraft eine Wochenarbeitszeit von 40 Stunden und eine Jahresarbeitszeit von 200 Tagen zugrunde, entspricht dies einer jährlichen Aufwendung für eine 0,5 Vollzeitkraft von rund 35.000 Euro.

Dem GKV-Spitzenverband entsteht für die Errichtung der digitalen und interaktiven Plattform mit Kennzahlen zur Leistungstransparenz und zur Servicequalität der Kranken- und Pflegekassen ein einmaliger Erfüllungsaufwand im Umfang von einer befristeten Vollzeitstelle im höheren Dienst für die Dauer von einem Jahr, insbesondere für die Konzeption, Programmierung und IT-seitigen Umsetzung. Legt man entsprechend dem Leitfaden zur Ermittlung und Darstellung des Erfüllungsaufwands in Regelungsvorhaben der Bundesregierung ein Gehalt von 65,40 Euro pro Stunde, eine Wochenarbeitszeit von 40 Stunden und eine Halbjahresarbeitszeit von 100 Tagen zugrunde, entspricht dies einem einmalig Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 50.000 Euro. Für den Betrieb der Plattform (unter anderem Betriebskosten, Softwarepflege und -änderungen) entsteht dem GKV-Spitzenverband zudem ein geringer, nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand pro Jahr.

Für die Erstellung einer einheitlichen Schnittstelle zur Bereitstellung und Übermittlung der Kennzahlen entsteht dem GKV-Spitzenverband ein einmaliger Erfüllungsaufwand in einem niedrigen fünfstelligen Euro-Bereich. Für die Pflege der Schnittstelle entsteht dem GKV-Spitzenverband zudem ein geringer, nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand pro Jahr.

Den einzelnen Kranken- und Pflegekassen entsteht ein geringfügiger, nicht quantifizierbarer Aufwand für die einheitliche Erhebung der Kennzahlen, soweit diese nicht bereits für die GKV-Statistik oder die Pflegestatistik, für kassenindividuelle Transparenzberichte oder für sonstige laufende Aufgaben der Kranken- und Pflegekassen erhoben werden, sowie für die Datenübermittlung an den GKV-Spitzenverband unter Nutzung der einheitlichen Schnittstelle.

Für die gesetzlich vorgeschriebene externe Evaluation der Richtlinie und deren Umsetzung entsteht dem GKV-Spitzenverband ein einmaliger Erfüllungsaufwand, dessen Höhe abhängt vom Umfang und Ausgang des Vergabeverfahrens und damit nicht quantifiziert werden kann.

Durch die Verpflichtung zur Beauftragung eines Gutachtens über die Grundkonzeption einer zentralen Betrugsdatenbank für die Fehlverhaltensbekämpfung, entsteht dem GKV-Spitzenverband für das Gutachten ein einmaliger Kostenaufwand in Höhe von geschätzt etwa 300 000 Euro. Der genaue Betrag, der für das Gutachten anfällt, hängt vom Ausgang des Vergabeverfahrens ab. Für die Durchführung des Vergabeverfahrens entsteht beim GKV-Spitzenverband ein einmaliger Erfüllungsaufwand von rund 2 600 Euro (40 Arbeitsstunden zu einem durchschnittlichen Stundensatz in Höhe von 46,50 Euro sowie 10 Arbeitsstunden zu einem durchschnittlichen Stundensatz in Höhe von 70,50 Euro). Aus der Begleitung und Auswertung des Gutachtens sowie der Finalisierung und Vorlage des Konzepts durch den GKV-Spitzenverband resultiert ein weiterer einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 3.300 Euro (40 Arbeitsstunden zu einem durchschnittlichen Stundensatz in Höhe von 46,50 Euro sowie 20 Arbeitsstunden zu einem durchschnittlichen Stundensatz in Höhe von 70,50 Euro).

Die Verpflichtung der Landesverbände der Krankenkassen zur Einrichtung von Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen bewirkt einen dauerhaften Erfüllungsaufwand für zusätzliche Personalressourcen, die eingesetzt werden müssen. Dieser ist allerdings begrenzt, da bei den Landesverbänden bereits sehr weitgehend Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen auf der Grundlage der bisherigen

Regelung nach § 197a Absatz 1 Satz 1 SGB V gebildet sind. Der notwendige Personalaufwand für einzelne Neueinrichtungen hängt maßgeblich von der künftigen Aufgabenverteilung bei der Fehlverhaltensbekämpfung ab, die erst noch zwischen den Krankenkassen und ihren Landesverbänden zu vereinbaren ist. Die Regelungen über erweiterte Datenübermittlungsbefugnisse verursachen einen geringen, nicht quantifizierbaren Erfüllungsaufwand, da die Datenübermittlung regelmäßig automatisiert in digitaler Form erfolgt. Insgesamt ist bei den Regelungen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen von einem zu vernachlässigenden Erfüllungsaufwand auszugehen. Diesem stehen perspektivisch – bedingt durch eine Steigerung der Effektivität der Fehlverhaltensbekämpfung – erhebliche, nicht näher quantifizierbare Einsparpotenziale in Form von Minderausgaben der GKV sowie erhöhte Regresseinnahmen gegenüber.

Die Verfahrensvereinfachung im Rahmen der Prüfung von Hilfsmittelanträgen, die von Versicherten gestellt werden, die sich in einem SPZ oder MZEB in Behandlung befinden und deren beantragte Versorgung von dort empfohlen worden ist, führt zur Beschleunigung der Bewilligungsverfahren und zu geringeren Verwaltungsaufwänden bei den gesetzlichen Krankenkassen und dem Medizinischen Dienst. Die Anträge sind zukünftig nur auf offensichtliche Unrichtigkeit zu prüfen. Die detaillierte Prüfung der Anspruchsberechtigung durch die gesetzlichen Krankenkassen unter Zuhilfenahme gutachterlicher Einschätzungen des Medizinischen Dienstes kann in den oben genannten Fällen regelmäßig entfallen. Eine genaue Bezifferung der Einsparungen ist aufgrund fehlender Daten insbesondere zum Anteil der Hilfsmittelanträge von in SPZ oder MZEB betreuten Versicherten nicht möglich.

Für die Beitragsfreiheit für Waisenrenten bei Freiwilligendiensten (FWD) dürften die Mindereinnahmen für die GKV und die soziale Pflegeversicherung bei circa 40 000 FWD-Leistenden (unter 27 Jahre), einem angenommenen Waisen-Anteil von 1 Prozent (circa 300 000 in Deutschland) und einer angenommenen Waisenrente von durchschnittlich 208 Euro pro Monat (Quelle: Deutsches Institut für Altersvorsorge, <https://www.dia-vorsorge.de/gesetzliche-rente/waisenrente-reicht-nicht-fuers-leben/>, abgerufen am 6. Mai 2024) bei circa 0,2 Millionen Euro jährlich liegen.

Sonstige

Im Zusammenhang mit der Vereinbarung bundeseinheitlicher Rahmenvorgaben zur Festlegung der Höhe der Sicherheitsleistungen für die Zulassung medizinischer Versorgungszentren in der Rechtsform der GmbH ist bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung jeweils vom einem einmaligen Zeitaufwand im Umfang von wenigen Personentagen auszugehen, mit dem ein finanzieller Aufwand von rund 5.000 Euro je Vertragspartei und damit rund 10.000 Euro nicht wesentlich überschritten wird. Gleiches gilt für den GKV-Spitzenverband, bei dem vorstehender Erfüllungsaufwand zweimal anfällt. Insgesamt ergibt sich ein einmaliger Erfüllungsaufwand von rund 20.000 Euro.

Die Klarstellungen zur Regelungsbefugnis der Kassenärztlichen Vereinigungen und ihrer Bundesvereinigungen, des G-BA sowie des Bewertungsausschusses die Durchführung hybrider und digitaler Sitzungen ihrer Organe und Entscheidungsgremien in ihren Satzungen beziehungsweise Geschäftsordnungen vorzusehen, verursachen bei diesen Selbstverwaltungsorganisationen keinen nennenswerten Erfüllungsaufwand. Die genannten Selbstverwaltungsorganisationen haben zum Erhalt ihrer Funktionsfähigkeit spätestens in der Covid-19-Pandemie die technischen Voraussetzungen zur Durchführung hybrider und digitaler Sitzungen bereits geschaffen. Darüber hinaus können die Selbstverwaltungsorganisationen die Nutzung hybrider und digitaler Sitzungen in ihren Satzungen beziehungsweise Geschäftsordnungen nach den neuen Regelungen weitgehend selbst gestalten. Es kann vor diesem Hintergrund deshalb davon ausgegangen werden, dass vor allem durch die Ermöglichung der Bild- und Ton-Zuschaltung von Mitgliedern zu hybriden Sitzungen der Organe und Gremien voraussichtlich sogar Mittel zum Beispiel in Form von Reisekosten sowie

personelle Ressourcen durch reduzierten Zeitaufwand für Sitzungsteilnahmen eingespart werden können.

Für die finanzielle Unterstützung der Wahrnehmung der erweiterten Beteiligungsrechte der Vertretung der Berufsorganisationen der Pflegeberufe entsteht für den G-BA ein Erfüllungsaufwand in Höhe der zu leistenden Ausgaben für Reisekosten, Verdienstausschlag oder Aufwandsentschädigung, der aufgrund der Schätzung der Geschäftsstelle des G-BA bei rund 350.000 Euro liegen kann. Der Schätzung liegen aufgrund der vorhandenen Erfahrungen mit der entsprechenden Unterstützung für die Patientenvertretung die Annahmen zugrunde, dass es jährlich etwa zu 514 Sitzungsteilnahmen der Vertretung der Berufsorganisationen der Pflegeberufe kommen wird, für die durchschnittlich jeweils rund 213 Euro Reisekosten, 408 Euro Verdienstausschlag und 70 Euro Aufwandsentschädigung anfallen werden. Ergänzend zu dem Gesamtbetrag von etwa 350.000 Euro entsteht nach Einschätzung der Geschäftsstelle des G-BA für die entsprechende Abrechnung der Zahlungen ein zusätzlicher Personalbedarf in seiner Geschäftsstelle von insgesamt 0,5 Vollzeitkräften Sachbearbeitung in Höhe von etwa 44.000 Euro pro Jahr.

Aus der Regelung in § 92 Absatz 3a Satz 4 ff. SGB V entsteht für die Gewährung eines angemessenen Aufwandsersatzes für die Beratung des G-BA durch die AkdÄ entsprechender Erfüllungsaufwand für den G-BA. Nach Einschätzung der Geschäftsstelle des G-BA beträgt der zu ersetzende Aufwand bei der AkdÄ in etwa einem Umfang, der dem Aufwand für zwei Referentinnen- beziehungsweise Referentenstellen und zwei Sachbearbeiterinnen- beziehungsweise Sachbearbeiterstellen entspricht. Die Geschäftsstelle des G-BA geht hierfür von einem Gesamtumfang von circa 292.000 Euro jährlich aus.

Aufgrund der Einschränkung des Prüfprogramms der Krankenkassen von Hilfsmittelanträgen, die von Versicherten gestellt werden, die sich in einem SPZ oder MZEB in Behandlung befinden und deren beantragte Versorgung von dort empfohlen worden ist, reduziert sich der Verwaltungsaufwand für die in den SPZ oder MZEB tätigen Ärztinnen und Ärzten. Aktuell werden regelmäßig von den gesetzlichen Krankenkassen und den Medizinischen Diensten im Rahmen der Prüfung der Hilfsmittelanträge gesonderte schriftliche Begründungen der beantragten Versorgung von den verordnenden Ärztinnen und Ärzten gefordert. Dieses Erfordernis entfällt mit der vorgeschlagenen Gesetzesänderung. Eine nähere Bezifferung ist aufgrund der fehlenden Daten über die Anzahl der Hilfsmittelanträge von in SPZ oder MZEB behandelten Versicherten sowie der Anzahl der Fälle, in denen eine gesonderte schriftliche Begründung durch die verordnende Ärztin oder den verordnenden Arzt gefordert wird, nicht möglich.

Dem Bewertungsausschuss (gebildet durch den GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung) entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand von 10.000 Euro für die Beratung und Beschlussfassung der Verfahren zur Festsetzung der auf die allgemeinen hausärztlichen Versorgungseinstellungen entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sowie zur Ermittlung der auf die Krankenkassen entfallenden Anteile an Ausgleichszahlungen. Durch die Pflicht zur Evaluation der Auswirkungen der Regelungen zur Aufhebung der mengenbegrenzenden oder honorarmindernden Maßnahmen bei der allgemeinen hausärztlichen Versorgung entsteht dem Bewertungsausschuss zudem ein einmaliger Erfüllungsaufwand von 7.500 Euro.

Für die Beschlussfassung zur Versorgungspauschale entsteht dem Bewertungsausschuss ein weiterer einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von 10 000 Euro. Für die Beschlussfassung zur Vorhaltepauschale entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von 8 000 Euro.

Den regionalen Gesamtvertragspartnern (Kassenärztliche Vereinigungen und Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen) entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand von 14.000 Euro für die Herleitung und Vereinbarungen zur erstmaligen Festsetzung der auf die allgemeinen hausärztlichen Versorgungseinstellungen entfallenden

morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und gegebenenfalls eines Zuschlagvolumens für die hausärztliche Versorgung.

Die Regelung zu den Prüfrechten des Bundesrechnungshofes bei der KBV, KZBV, dem G-BA und dem MD-Bund verursachen keine direkten Finanzwirkungen, da die Körperschaften die Prüfungen des Bundesrechnungshofes nicht bezahlen müssen (anders als Prüfungen des Prüfdienstes nach § 274 SGB V). Für die Begleitung der Prüfungen des Bundesrechnungshofes durch Mitarbeiter der Körperschaften könnte allenfalls ein geringfügiger Erfüllungsaufwand entstehen, da Umfang und Aufwand der Begleitung stark von der Prüffrequenz und den konkreten Prüfthemen der Prüfungen des Bundesrechnungshofes abhängen.

5. Weitere Kosten

Kosten, die über die aufgeführten Ausgaben und den genannten Erfüllungsaufwand hinausgehen, entstehen durch den Gesetzentwurf nicht. Auswirkungen auf die Einzelpreise und das Preisniveau, insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau, sind nicht zu erwarten.

Aufgrund der Streichung des Zusatzentgelts für die Kosten durchgeführter Testungen auf das Coronavirus SARS-CoV-2 bei voll- und teilstationären Patientinnen und Patienten ergeben sich für die private Krankenversicherung ab dem Jahr 2025 jährliche Einsparungen in Höhe eines niedrigen zweistelligen Millionenbetrages.

6. Weitere Gesetzesfolgen

Auswirkungen von gleichstellungspolitischer Bedeutung sind nicht zu erwarten, weil mit dem Gesetz keine Regelungen getroffen werden, die sich spezifisch auf die Lebenssituation von Frauen und Männern auswirken.

Auswirkungen auf die demografische Entwicklung hat das Gesetz nicht. Außerdem haben die Regelungen keine weiteren Auswirkungen für Verbraucherinnen und Verbraucher und keine demografischen Auswirkungen.

In weniger dicht besiedelten und ländlichen Regionen bedarf es spezifischer Lösungsansätze, um dort die Gesundheitsversorgung nachhaltig sicherzustellen. Um darstellen zu können, ob dem vielschichtigen tatsächlichen Versorgungsbedarf in ländlichen Räumen in der komplexen Struktur des Gesundheitssystems angemessen Rechnung getragen wird, soll ein Wirkungsmonitoring zur Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen etabliert und regelmäßig durchgeführt werden. Die Auswirkungen der getroffenen Regelungen auf die Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse können damit zielgenauer überprüft werden. Des Weiteren wird für die Zukunft die Möglichkeit der gezielten Nachsteuerung ermöglicht, um die Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse in den Regionen und eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung auf dem Land zu gewährleisten. Das Nähere zur Ausgestaltung des Wirkungsmonitorings zur Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen wird vom Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft vereinbart.

VII. Befristung; Evaluierung

Eine Befristung der Regelungen ist nicht vorgesehen.

Der Bewertungsausschuss hat dem BMG nach § 87a Absatz 3c Satz 15 SGB V nach zwei Jahren über die Auswirkungen des Wegfalls von mengenbegrenzenden oder honorarmindernden Maßnahmen in der ambulanten hausärztlichen Versorgung insbesondere im

Hinblick auf die hausärztliche Versorgung der Versicherten, die Honorare sowie die Ausgaben der Krankenkassen zu berichten.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung.

Zu Buchstabe b

Mit der Regelung wird der Zugang zur GKV über die beitragsfreie Familienversicherung für privat versicherte Rentnerinnen und Rentner ausgeschlossen, deren Vollrentenanspruch oberhalb der Gesamteinkommengrenze der Familienversicherung liegt und die nur durch die Wahl einer Rente wegen Alters als Teilrente die Voraussetzungen für die Familienversicherung erfüllen. Mit der Regelung wird auf vermehrte Fälle reagiert, in denen privat krankenversicherte Rentnerinnen und Rentner durch ein gezieltes, temporäres Absenken ihres Rentenzahlbetrags Zugang zur GKV über ihre Ehegattin und Ehegatten erhalten. Die Regelung schließt insoweit eine Gesetzeslücke in der Systemabgrenzung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung und dient dem Schutz der Solidargemeinschaft. Mit der Regelung wird die Grundsatzentscheidung des Gesetzgebers bekräftigt, dass Personen, die sich gegen die solidarische Beitragstragung in der GKV zu Zeiten ihres Erwerbslebens entschieden haben, nicht im Alter in die GKV zurückkehren sollen.

Zu Nummer 2

Die gesetzliche Vorgabe, wonach vor Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung durch eine Psychotherapeutin oder einen Psychotherapeuten der Konsiliarbericht einer Vertragsärztin oder eines Vertragsarztes beziehungsweise einer psychiatrisch tätigen Vertragsärztin oder eines psychiatrisch tätigen Vertragsarztes zur Abklärung einer somatischen Erkrankung einzuholen ist, wird vereinfacht. Hierzu wird in § 28 Absatz 3 ein neuer Satz 4 angefügt, wonach die Einholung eines Konsiliarberichts entbehrlich ist, wenn die psychotherapeutische Behandlung auf Überweisung einer Vertragsärztin oder eines Vertragsarztes erfolgt und daher eine somatische Abklärung bereits stattgefunden hat. Damit wird künftig vermieden, dass es zu einer redundanten Übermittlung von Informationen kommt, durch die ein nicht notwendiger bürokratischer Mehraufwand entsteht. Durch diese Vereinfachung werden die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie die betroffenen Ärztinnen und Ärzte von Bürokratie entlastet. Die untergesetzlichen Regelungen zum Konsiliarverfahren in der Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses und in der Psychotherapie-Vereinbarung der Bundesmantelvertragspartner sind entsprechend anzupassen.

Zu Nummer 3

Die Regelung dient der Beschleunigung von Bewilligungsverfahren im Hilfsmittelbereich in besonders gelagerten Fällen. 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 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.

Zur Sicherung ihrer Teilhabe sowie einer möglichst selbständigen Lebensführung und damit einhergehender Lebensqualität sowie zur Vermeidung von Begleit- und Folgeerkrankungen ist eine zeitnahe Versorgung der Betroffenen mit medizinisch notwendigen Hilfsmitteln von großer Wichtigkeit. Insbesondere bei sich noch im Wachstum befindlichen Kindern oder jungen Erwachsenen kann eine gleichmäßige hilfsmittelgestützte Förderung der kognitiven und motorischen Entwicklung sowie eine frühzeitige und kontinuierliche Mobilisation den Grad der Schwere der Behinderung und der damit einhergehenden Beeinträchtigungen im täglichen Leben positiv beeinflussen.

In SPZ und MZEB werden Versicherte unter ärztlicher Leitung regelmäßig intensiv interdisziplinär betreut. Dabei wird auch Art und Umfang der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit notwendigen Hilfsmitteln fortlaufend geprüft. Eine regelhafte gesonderte Prüfung der medizinischen Erforderlichkeit der dabei beantragten Hilfsmittelversorgung durch die Krankenkassen und eine Beauftragung des Medizinischen Dienstes zur sozialmedizinischen Begutachtung ist im Fall einer Empfehlung durch den im SPZ oder MZEB tätigen behandelnden Arzt oder die behandelnde Ärztin angesichts der besonderen Eilbedürftigkeit bei der Versorgung und der notwendigen Gewährleistung gesellschaftlicher Teilhabe der betroffenen Versicherten nicht notwendig. Die Krankenkassen haben in den vorgenannten Fällen von einer medizinischen Erforderlichkeit auszugehen, soweit nicht offenkundig ist, dass eine medizinische Erforderlichkeit der beantragten Hilfsmittelversorgung nicht vorliegt, etwa im Fall von offensichtlich nicht gerechtfertigten, unwirtschaftlichen Mehrfachversorgungen.

Eine konkrete Empfehlung im Sinne der vorstehenden Norm kann jede verkörperte Erklärung des im SPZ oder MZEB tätigen behandelnden Arztes oder der behandelnden Ärztin sein, die erkennen lässt, dass die beantragte Hilfsmittelversorgung für notwendig erachtet wird. Um Fehlversorgungen zu vermeiden, soll die Empfehlung bei Antragstellung nicht älter als drei Wochen sein.

Zu Nummer 4

Es erfolgt eine redaktionelle Anpassung der Überschrift.

Zu Nummer 5

Die Regelung stellt klar, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen ermächtigt sind, in ihren Satzungen Regelungen zu treffen, die ihren satzungsmäßigen Organen und Gremien ermöglichen, Sitzungen in digitaler oder hybrider Form durchzuführen. Bei einer digitalen Sitzung nehmen nach der Legaldefinition des § 64a Absatz 2 Satz 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IV) alle Teilnehmenden ohne persönliche Anwesenheit am Sitzungsort durch zeitgleiche Bild-Ton-Übertragung an der Sitzung teil. Als hybride Sitzung im Sinne des § 64a Absatz 1 Satz 1 SGB IV wird eine Sitzung bezeichnet, an der Teilnehmende sowohl vor Ort als auch durch Zuschaltung mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung teilnehmen. Die Durchführung hybrider und digitaler Sitzungen schließt dabei regelmäßig auch die Durchführung von Abstimmungen (zum Beispiel Beschlüsse über Satzungsänderungen oder die Haushaltsaufstellung) und Wahlen (zum Beispiel der Vorsitzenden der Vertreterversammlung oder der Vorstandsmitglieder) ein. Die Ermächtigung der Satzungsgeber ist nicht an Voraussetzungen geknüpft und eröffnet damit einen weiten Gestaltungsspielraum für Satzungsregelungen, die vorsehen können, ob und unter welchen Voraussetzungen (zum Beispiel besondere Umstände, wichtige Gründe oder Dringlichkeit) hybride oder vollständig digitale Sitzungen zugelassen werden. Die Durchführung der genannten Sitzungsformate kann auch an technische Voraussetzungen geknüpft oder für bestimmte Sitzungen beziehungsweise Sitzungsgegenstände (zum

Beispiel für konstituierende Sitzungen oder geheime Abstimmungen) ausgeschlossen werden.

Die Ermächtigung umfasst weiterhin Regelungen, die zur Durchführung digitaler oder hybrider Sitzungen getroffen werden, wie etwa gegebenenfalls notwendige Festlegungen zur Einhaltung des Datenschutzes, zur IT-Sicherheit oder zu den Auswirkungen von technischen Störungen auf die Sitzungsdurchführung. Diese Regelungen sind für die jeweils in der Satzung zugelassenen Sitzungsformate zu treffen und möglichst auf die konkreten Rahmenbedingungen der Sitzungsorganisation zuzuschneiden. Datenschutzrechtliche Fragen stellen sich bei digitalen und hybriden Sitzungen unter anderem im Hinblick auf die Sicherung der Vertraulichkeit für nicht öffentliche Sitzungen beziehungsweise Sitzungsteile. Anforderungen an die Sicherheit der Informationstechnik einschließlich der Nutzung von Abstimmungssystemen sind insbesondere im Interesse einer störungsfreien Durchführung digitaler und hybrider Sitzungen und das ordnungsgemäße Zustandekommen von Abstimmungs- und Wahlergebnissen von Bedeutung. Da bei den digitalen Sitzungsformaten technische Störungen nicht völlig auszuschließen sind, können auch Festlegungen zu deren Folgen für die Weiterführung der Sitzung und die Wirksamkeit durchgeführter Abstimmungen und Wahlen im Interesse der Rechtssicherheit zu treffen sein. Dabei sind insbesondere die jeweiligen Vorgaben zur Beschlussfähigkeit zu beachten. Bei Regelungen für die Vertreterversammlungen gilt darüber hinaus unabhängig vom Sitzungsformat regelmäßig auch der Grundsatz der Öffentlichkeit der Sitzungen (§ 79 Absatz 3b Satz 7), der vor allem für rein digitale Sitzungen besondere Regelungen notwendig macht. Satzungsregelungen zur Durchführung digitaler und hybrider Sitzungen bedürfen der Genehmigung durch die zuständige Aufsichtsbehörde (§ 81 Absatz 1 Satz 2).

Die zulässigen Satzungsregelungen zur Nutzung der ergänzenden neuen Sitzungsformate sichern dauerhaft die Handlungs- und Funktionsfähigkeit von Organen und Entscheidungsgremien der Kassenärztlichen Vereinigungen und ihrer Bundesvereinigungen. Gleichzeitig wird eine aufwandsreduzierte Durchführung von Sitzungen mittels der heutigen technischen Möglichkeiten erleichtert.

Zu Nummer 6

Zu Buchstabe a

Die Hausärztinnen und Hausärzte sind der erste Ansprechpartner für die Versicherten in Gesundheitsfragen. Sie übernehmen eine wichtige Funktion in der Behandlung der Versicherten und bei der Sicherstellung und Koordination der ambulanten ärztlichen und nachgelagerten weiteren Versorgung. Auf Grund einer sich in den nächsten Jahren vergrößern Nachbesetzungsproblematik und der demographischen Entwicklung der Versichertengemeinschaft sind die Kapazitäten der Hausärztinnen und Hausärzte effizient zu nutzen. Hierzu gehört auch, dass wiederholte quartalsweise Arzt-/Praxis-Patienten-Kontakte, die aus medizinischer Sicht nicht erforderlich sind, vermieden werden, um die Praxen und das dort tätige ärztliche und nicht-ärztliche Personal zu entlasten. Dies betrifft insbesondere die Behandlung von chronisch kranken Patientinnen und Patienten ab Vollendung des 18. Lebensjahres, die zwar der kontinuierlichen Versorgung mit einem bestimmten Arzneimittel bedürfen, jedoch keinen intensiven Betreuungsaufwand aufweisen. Nach den bisherigen Regelungen im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) können für diese Versicherten in jedem Quartal die Versichertenpauschale sowie eine Chronikerpauschale abgerechnet werden, wobei letztere einen Arzt-/Praxis-Patienten-Kontakt pro Quartal in mindestens drei Quartalen voraussetzt. Mithin setzt der EBM bei chronisch kranken Patientinnen und Patienten Anreize für sehr häufige und medizinisch nicht immer notwendige persönliche Arzt-Patienten-Kontakte.

Die Ausstellung einer Arzneimittel-Verordnung nach § 31 Absatz 1b SGB V, mit denen eine nach der Erstabgabe bis zu dreimal sich wiederholende Abgabe erlaubt ist und damit medizinisch nicht erforderlichen Arzt-/Praxis-Patienten-Kontakt vermieden werden können,

finden folglich nur geringfügig Anwendung. Durch vermeidbaren Arzt-/Praxis-Patienten-Kontakte werden die Kapazitäten der Hausärztinnen und Hausärzte und Behandlungstermine für Patientinnen und Patienten mit akutem medizinischen Behandlungsbedarf unnötig gebunden.

Mit der Regelung wird der Bewertungsausschuss beauftragt, abweichend von der quartalsbezogenen 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. Hierdurch sollen unnötige Arzt-/Praxis-Patienten-Kontakte vermieden und gleichzeitig soll eine angemessene Honorierung der hausärztlichen Leistungen gewährleistet werden. Durch die Beschränkung auf Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, gilt die Versorgungspauschale nicht für Kinder- und Jugendärzte.

Die zu beschließende Versorgungspauschale ist für die Behandlung von Versicherten abzurechnen, wenn die Behandlung wegen einer chronischen Erkrankung erfolgt. Die Erkrankung muss der kontinuierlichen Versorgung mit einem Arzneimittel bedürfen und keinen intensiven Betreuungsaufwand aufweisen. Die Versorgungspauschale ist je betroffenem Versicherten durch ausschließlich eine einzige Arztpraxis, die die jeweilige chronische Erkrankung behandelt, abrechnungsfähig. Im Hinblick auf eine gute Versorgung chronischer Erkrankungen und dem ressourcensparenden Umgang mit den Hausarztkapazitäten liegt es in der Pflicht der betroffenen Patienten sowie der Hausärzte, dass die Erkrankung durch nur einen Hausarzt betreut wird. Die Versorgungspauschale vergütet alle Arzt-/Praxis-Patienten-Kontakte, unabhängig von der Anzahl und weiterer, unabhängig von der chronischen Erkrankung bestehenden Behandlungsbedarfe. Da die Versorgungspauschale in Abweichung zu den Regelungen zur Versichertenpauschale in Absatz 2b Satz 1 zu treffen sind, ist eine Abrechnung einer Versichertenpauschale neben der Versorgungspauschale für die Arztpraxis, die die Versorgungspauschale abrechnet, ausgeschlossen. Auch ersetzt sie alle weiteren im EBM bestehenden Pauschalen oder Zuschläge, die bei der Behandlung eines Versicherten mit einer chronischen Erkrankung abrechenbar sind, insbesondere Chronikerpauschalen. Die Versorgungspauschale soll möglichst so ausgestaltet werden, dass sie einmal innerhalb von vier aufeinanderfolgenden Kalenderquartalen, mindestens jedoch in zwei aufeinanderfolgenden Kalenderquartalen abgerechnet werden kann. Monetäre Anreize zur Überbehandlung werden genommen. Vielmehr ist die Versorgungspauschale so auszugestalten, dass ein Anreiz besteht, nur die tatsächlich medizinisch erforderlichen Behandlungen durchzuführen. Neben der Versorgungspauschale sind die erbrachten Einzelleistungen sowie die Zuschläge nach dem Kapitel 37 des EBM weiterhin abrechnungsfähig. Die Regelungen zur Versorgungspauschale sind so auszugestalten, dass es weder zu Mehr- noch zu Minderausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung kommt. Ziel der Regelung ist nicht die Anpassung des Honorars, sondern die Entlastung der Arztpraxen. Der Bewertungsausschuss hat die Möglichkeit, die Höhe der Versorgungspauschale zur Abbildung von Behandlungsbedarfen in gestufter Form zu beschließen.

Zu Buchstabe b

Hierbei handelt es sich um Folgeänderungen der Einführung von Pauschalen in den Absätzen 2b und 2q mit dem Ziel, die Regelungskompetenz des Bewertungsausschusses zur Prüfung und Kürzung der Pauschalen für den Fall eines Arztwechsels des Versicherten innerhalb des Abrechnungszeitraums zu erweitern.

Zu Buchstabe c

Durch die Regelung in Absatz 2q wird der Bewertungsausschuss beauftragt, im EBM Regelungen über eine Vergütung zur Vorhaltung der zur Erfüllung von Aufgaben der hausärztlichen Grundversorgung notwendigen Strukturen, eine sogenannte Vorhaltepauschale, zu beschließen. Zugleich hat der Bewertungsausschuss auch Voraussetzungen festzulegen, die die Hausärztinnen und Hausärzte 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. Der Bewertungsausschuss kann die Höhe der Vorhaltepauschale in Abhängigkeit von dem Umfang der Erfüllung der Voraussetzungen in Stufen festlegen. Dadurch erhalten Hausärztinnen und Hausärzte, die nur einen Teil der Voraussetzungen erfüllen, einen entsprechenden Anteil der Vorhaltepauschale.

Zu den vom Bewertungsausschuss festzulegenden Voraussetzungen sollen insbesondere folgende Anforderungen gehören: die bedarfsgerechte Erbringung von Haus- und Pflegeheimbesuche, 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 Voraussetzungen berücksichtigen, dass die Hausarztpraxen primär Leistungen erbringen, die zum Kern des hausärztlichen Fachgebietes gehören (zum Beispiel 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 gemäß Absatz 2q aufgenommen werden. Als Voraussetzung 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. Bei Versicherten, für die die Versorgungspauschale abzurechnen ist, ist die Vorhaltepauschale ebenfalls so zu gestalten, dass sie bereits beim ersten Kontakt im Krankheitsfall für den selben Zeitraum der Versorgungspauschale abgerechnet werden kann.

Derzeit sieht der EBM bereits eine Vorhaltepauschale (Leistungsziffer 03040) vor, die durch jeden Hausarzt abgerechnet werden kann, ohne der Erfüllung von Voraussetzungen. Diese Vorhaltepauschalen werden durch die in Absatz 2q geregelte Vorhaltepauschale ersetzt. Die Regelungen zur Versorgungspauschale sind so auszugestalten, dass das es weder zur Mehr- noch zu Minderausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung kommt. Ziel der Regelung ist die Stärkung der hausärztlichen Praxis, die maßgeblich die hausärztliche Versorgung aufrechterhalten. Die Kinder- und Jugendärzte sind von den Regelungen zur Vorhaltepauschale auszunehmen.

Zu Buchstabe d

Mit der Ergänzung wird klargestellt, dass die Geschäftsordnung des Bewertungsausschusses die Durchführung von Sitzungen als hybride oder digitale Sitzungen vorsehen kann, in denen auch Beschlüsse gefasst werden können. Sofern diese Möglichkeit umgesetzt werden soll, liegt es in der Verantwortung des Bewertungsausschusses durch Vorgaben zur Durchführung von hybriden oder digitalen Sitzungen die Einhaltung des Datenschutzes und die Sicherheit der Informationstechnik bei der Durchführung der digitalen und hybriden Sitzungen zu gewährleisten.

Zu Nummer 7

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine Rechtsbereinigung von obsoleten Regelungen, die abgelaufene Zeiträume betreffen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um Folgeänderungen der Einführung von Absatz 3c. Mit der Neufassung von Satz 3 wird entsprechend der Regelung in Absatz 3c geregelt, dass die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 Zuschläge zur Förderung der Kinder- und Jugendmedizin jeweils im zweiten Quartal für den Zeitraum der vier vorangegangenen Quartale zu vereinbaren haben, wenn der Leistungsbedarf das zur Verfügung stehende Honorar aus der auf die Arztgruppe der Kinder- und Jugendärzte entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (Kinderarzt-MGV) bezogen auf insgesamt vier aufeinander folgende Quartale unterschreitet. Sofern es innerhalb dieses Zeitraums zu einer Unterschreitung der Kinderarzt-MGV kommt, ist diese bei einer in den folgenden Quartalen zu leistenden Ausgleichszahlung zu verrechnen. Abschließend wird zudem der Bewertungsausschuss damit beauftragt, ein Verfahren zu beschließen, das der Herstellung von Transparenz entsprechend der Regelung in Absatz 3c dient.

Zu Buchstabe c

Um die ambulante ärztliche Versorgung in der GKV auch künftig flächendeckend sicherzustellen, ist es essentiell, die hausärztliche Versorgung zu stärken. Hausärztinnen und Hausärzte sind in der Regel die ersten Ansprechpersonen bei Erkrankungen für die Versicherten und fungieren zudem als deren Lotsen im Gesundheitssystem. Sie sind in der Lage, einen überwiegenden Teil der medizinischen Beschwerden kompetent und schnell zu behandeln. Sollte eine schnelle fachärztliche Behandlung notwendig sein, können sie direkt zum richtigen Facharzt steuern, so dass die Patientin beziehungsweise der Patient eine nahtlose Behandlung erhält. Auch helfen sie in einem besonderen Maße, die Inanspruchnahme von teureren Strukturen wie zum Beispiel der Notaufnahmen in Krankenhäusern zu verringern. Um diesen unverzichtbaren Teil in der ambulanten Gesundheitsversorgung aufrechtzuerhalten, wird die Berufsausübung in der allgemeinen hausärztlichen Versorgung dauerhaft finanziell attraktiver ausgestaltet. Damit soll auch dem zunehmenden Bedarf für den hausärztlichen Nachwuchs begegnet werden.

Hierzu werden mit Absatz 3c die Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung einschließlich der in Zusammenhang mit diesem Versorgungsbereich erbrachten Hausbesuche entbudgetiert und damit von mengenbegrenzenden oder honorarmindernden Maßnahmen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) und der Honorarverteilung ausgenommen. Für die Leistungen des Versorgungsbereichs der Kinder- und Jugendmedizin ist bereits eine Entbudgetierung mit dem Gesetz zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland – und zur Änderung weiterer Gesetze (UPD-Gesetz) erfolgt und die hierzu erforderlichen Regelungen in § 87a Absatz 3b aufgenommen. Absatz 3c sieht nun vergleichbare Regelungen für die Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung, die im dritten Kapitel des EBM abgebildet sind, einschließlich der hausärztlich durchgeführten Hausbesuche, die nach dem Kapitel 1.4 des EBM abrechenbar sind, vor. In Satz 1 werden diese Leistungen konkret benannt und die Krankenkassen zur Übernahme der Vergütung dieser Leistungen in voller Höhe nach den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung verpflichtet. Zudem wird der Begriff des hausärztlichen Leistungsbedarf eingeführt, der sich aus der Summe von allen Hausärztinnen und Hausärzten erbrachten und abgerechneten hausärztlichen Leistungen ergibt. Dabei müssen die abgerechneten Leistungen nach sachlicher und rechnerischer Prüfung durch die Kassenärztliche Vereinigung anerkannt sein. Entsprechend zu Absatz 3b Satz 2 erfolgt nach Satz 2 auch für die hausärztlichen Leistungen einschließlich der Hausbesuche die Zahlung der MGV nicht mit befreiender Wirkung. Damit wird neben der vollständigen Vergütung aller erbrachten hausärztlichen Leistungen ebenfalls sichergestellt, dass die Entbudgetierung nicht zu Lasten anderer Arztgruppen geht. Die Verteilung und Auszahlung der

Vergütung einschließlich Zuschläge erfolgen weiterhin im Rahmen der Honorarverteilung gemäß § 87b Absatz 1.

Wie in Absatz 3b wird auch für den allgemeinen hausärztlichen Versorgungsbereich eine auf die Arztgruppe der Hausärzte entfallende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (Hausarzt-MGV) gebildet. Die weiteren Regelungen unterscheiden sich in der Detailtiefe jedoch zu denen von Absatz 3b. Durch die Sätze 3 bis 5, 7 und 8 wird vorgegeben, wie die Kopplung der Hausarzt-MGV im Hinblick auf deren erstmalige Festsetzung und Fortschreibung an das Aufsatzwerteverfahren erfolgt. Dazu wird der Anteil der Hausarzt-MGV-Honorare an den MGV-Honoraren aller Ärztinnen und Ärzte berechnet. Bei den Ausgleichzahlungen für Leistungen des Versorgungsbereichs der Kinder- und Jugendmedizin nach Maßgabe des Absatzes 3b handelt es sich nicht um MGV-Honorare, so dass diese hier nicht zu berücksichtigen sind. Da die Honorare für den Festsetzungszeitraum nicht vorliegen, werden die Anteile mit den vorliegenden Daten der entsprechenden Quartale des Jahres 2023 berechnet. Zur erstmaligen Festsetzung der Hausarzt-MGV werden diese Anteile auf die MGV des entsprechenden Quartals des Jahres 2023 angewendet und nach den Sätzen 4 und 5 um den veränderten Behandlungsbedarf (dynamisierte MGV) sowie Ein- und Ausdeckelungen im jeweiligen Quartal und Differenzbereinigungen aus Hausarztverträgen weiterentwickelt. Die Regelung des Satzes 6 ist wiederum inhaltlich analog zum Absatz 3b gestaltet. Mit Satz 7 wird – wie für die Leistungen in der Kinder- und Jugendmedizin – der Bewertungsausschuss verpflichtet, Vorgaben zur Schaffung eines einheitlichen Verfahrens zur Festsetzung und Fortschreibung der Hausarzt-MGV als Teil der MGV zu beschließen. Auch wird vorgegeben, dass die erstmalige Festsetzung der Hausarzt-MGV nach Satz 3 quartalsweise jeweils zum ersten eines Kalenderquartals zu erfolgen hat und mindestens vier Kalenderquartale umfassen muss. Sind die vier Kalenderquartale unterjährig abgeschlossen, so hat für die übrigen Kalenderquartale des laufenden Kalenderjahres weiterhin eine quartalsweise Festsetzung zu erfolgen. In Abhängigkeit zum Inkrafttreten des Gesetzes endet die quartalsweise Festsetzung mithin entweder zum Ende des Kalenderjahres 2025 oder zum Ende des Kalenderjahres 2026. Daran anschließende hat die Festsetzung jährlich jeweils zum 1. Januar für das entsprechende Kalenderjahr zu erfolgen. Der Beschluss des Bewertungsausschusses bezüglich der Festlegung für ein Verfahren hat sich demnach auf die erstmalige Festsetzung der Hausarzt-MGV und auf die in den folgenden Jahren notwendige Fortschreibung der Hausarzt-MGV zu beziehen. Mit Satz 8 wird vorgegeben, dass bei der Fortschreibung der Hausarzt-MGV die Anpassungen des Punktwertes, des Behandlungsbedarfs mit hausärztlichen Leistungen und darauf entfallende Bereinigungen sachgerecht zu berücksichtigen sind. Satz 9 regelt die Voraussetzung zur Leistung von Ausgleichzahlungen durch die Krankenkassen, um die vollständige Vergütung des hausärztlichen Leistungsbedarfs zu gewährleisten. Eine Ausgleichzahlung ist dann zu leisten, wenn die Hausarzt-MGV subtrahiert um den hausärztlichen Leistungsbedarf ohne die in Satz 6 genannten Zuschläge und Honorarauszahlungen quartalsweise einen Wert von null unterschreitet. Die Ausgleichzahlung ist in Höhe der sich ergebenden Differenz zu leisten. Dabei ist nach Satz 10 die Ausgleichzahlung zunächst mit einer Unterschreitung der Hausarzt-MGV durch den hausärztlichen Leistungsbedarf in den vorausgegangenen Quartalen zu verrechnen. Dies gilt nur nicht für das zweite Kalenderquartal, da die Vertragsparteien nach dem ersten Kalenderquartal Zuschläge zu vereinbaren haben und damit eine Überzahlung quasi auf null gesetzt wird. Diese Vereinbarungspflicht über Zuschläge ergibt sich aus Satz 11. Mit dieser Regelung wird den Gesamtvertragspartnern aufgegeben, bis zum Ende des zweiten Kalenderquartals über Honorarzuschläge zur Förderung der hausärztlichen Versorgung zu verhandeln, wenn der hausärztliche Leistungsbedarf das zur Verfügung stehende Honorarvolumen aus der Hausarzt-MGV in Summe über den Zeitraum der vier vorangegangenen Kalenderquartale, also jeweils vom zweiten Kalenderquartal eines Jahres bis zum ersten Kalenderquartal des folgenden Jahres, unterschreitet. Die Summe der Auszahlungshöhe der vereinbarten Zuschläge darf nicht die Höhe der Unterschreitung entsprechen. Sofern im zweiten Quartal auf Grund des Inkrafttretens dieses Gesetzes noch kein Zeitraum von vier Kalenderquartalen, in dem die hausärztlichen Leistungen entbudgetiert wurden, vorliegt, ist die Vereinbarung über die Zuschläge ein Jahr später über den

gesamten zurückliegenden Zeitraum zu treffen. Bei Nichteinigung über die Höhe und die Förderzwecke steht den Beteiligten der Weg zum zuständigen Schiedsamt offen. Für die Berechnung der Höhe des auf die einzelnen Krankenkassen entfallenden Anteils an der Ausgleichszahlung hat der Bewertungsausschuss nach Satz 12 ein Verfahren zu beschließen, das den jeweiligen leistungsmengenbezogenen Anteil an der Ausgleichszahlung berücksichtigt. Ausgleichszahlungen führen nicht zu einer basiswirksamen Erhöhung der Hausarzt-MGV. Satz 13 regelt, dass für die in den Sätzen 6 und 11 sowie für die in Absatz 2 Satz 2 und 3 genannten Zuschläge der Ausschluss von der mit befreiender Wirkung erfolgten Zahlung in Satz 2 nicht gilt. Mit Satz 14 hat der Bewertungsausschuss ein weiteres Verfahren zu beschließen, das der Herstellung von Transparenz bei der erstmaligen Festsetzung und der Fortschreibung der Hausarzt-MGV, der Entwicklung des hausärztlichen Leistungsbedarfs, einer Unterschreitung der Hausarzt-MGV durch den hausärztlichen Leistungsbedarf sowie der Zuschläge nach den Sätzen 6 und 11 und der Ausgleichszahlungen dient. Mit Satz 15 wird dem Bewertungsausschuss eine Evaluierungspflicht aufgegeben, die sich auf die Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung bezieht. Über die Evaluierung ist dem BMG zu berichten.

Zu Nummer 8

Durch die Änderung in § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz wird die bestehende Formulierung einheitlich für die Leistungen der Kinder- und Jugendmediziner sowie der Hausärzte, die neu ergänzt wurde, gefasst. Es wird nunmehr explizit geregelt, dass die Leistungen des Versorgungsbereichs der Kinder- und Jugendmedizin, die gegenüber Patienten erbracht werden, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, und des Versorgungsbereichs der allgemeinen hausärztlichen Versorgung einschließlich der in Zusammenhang mit diesem Versorgungsbereich erbrachten Hausbesuche im Honorarverteilungsmaßstab keiner Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung des Honorars unterliegen dürfen. Dabei gilt Satz 1 weiterhin, wonach die Vergütung für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung getrennt voneinander zu erfolgen hat. Die Entbudgetierung erfolgt demnach erst nach Bildung dieser beiden Gruppen. Alle Leistungen müssen, auch wenn sie künftig in voller Höhe nach den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet werden, weiterhin dem Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 entsprechen. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, dürfen Versicherte nicht beanspruchen und dürfen die Ärztinnen und Ärzte nicht bewirken.

Zu Nummer 9

Zu Buchstabe a

Mit der Ergänzung in Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 wird klargestellt, dass der G-BA in seiner Geschäftsordnung auch festlegt, unter welchen Voraussetzungen und nach welchen Durchführungsbestimmungen er seine Sitzungen – auch jene, in denen Beschlüsse (zum Beispiel über Richtlinien) gefasst werden – in hybrider oder digitaler Form durchführt. Als hybride Sitzung wird entsprechend der Legaldefinition in § 64a Absatz 1 Satz 1 SGB IV eine Sitzung bezeichnet, an der Teilnehmende sowohl vor Ort als auch durch eine Zuschaltung mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung teilnehmen. Digitale Sitzungen finden entsprechend der Legaldefinition in § 64a Absatz 2 Satz 1 SGB IV ohne persönliche Anwesenheit am Sitzungsort durch zeitgleiche Bild- und Tonübertragung statt. Im Übrigen wird auf die Anordnung einer entsprechenden Geltung der Vorgaben in § 64a SGB IV verzichtet, um dem G-BA im Hinblick auf die Ausgestaltung der Regelungen seiner Arbeitsweise hinreichende Flexibilität zu geben. Es wird aufgrund der bisherigen Erfahrungen davon ausgegangen, dass der G-BA die Einhaltung des Datenschutzes und die Sicherheit der Informationstechnik bei der Durchführung der digitalen und hybriden Sitzungen gewährleisten wird. Die in der Geschäftsordnung zu treffenden Regelungen bedürfen nach § 91 Absatz 4 Satz 2 der Genehmigung des BMG.

Zu Buchstabe b

Die Verpflichtung des G-BA zur jährlichen Berichterstattung an den Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages über die Einhaltung der Fristen wird zum einen dahingehend erweitert, dass die Berichtspflicht neben den Verfahren, für die eine gesetzliche Frist vorgegeben ist, auch Verfahren umfasst, die länger als zwei Jahre, anstatt bislang drei Jahre, andauern. So soll ein Anreiz geschaffen werden, die Verfahrensdauer weiter zu verkürzen und die Verfahren zu beschleunigen. Zum anderen wird der Umfang der Berichtspflicht dergestalt eingeschränkt, dass der G-BA nicht mehr verpflichtet ist, die von ihm im Falle von Überschreitungen der Fristen nach § 137c Absatz 1 Satz 5 und 6 sowie § 137h Absatz 4 Satz 9 zur Straffung der Verfahren vorgenommenen Maßnahmen sowie die besonderen Schwierigkeiten einer Bewertung, die zu einer Überschreitung der gesetzlichen Fristen und zu Verfahrensverzögerungen über zwei Jahre hinaus geführt haben können, im Einzelnen darzulegen. Damit soll der Darlegungsaufwand für den G-BA reduziert werden. Unbenommen bleibt es dem G-BA aber, aus Gründen der Transparenz Ausführungen zu den zur Straffung des Verfahrens unternommenen Maßnahmen und den Gründen, die zu einer Fristüberschreitung geführt haben können, vorzunehmen. Dies betrifft alle in § 91 Absatz 11 Satz 1 genannten Verfahren, bei denen es zu einer Fristüberschreitung gekommen ist.

Zu Nummer 10

Zu Buchstabe a

Mit der Neufassung des Absatzes 1b wird den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Berufsverbänden der Hebammen und den Verbänden der von Hebammen geleiteten Einrichtungen auf Bundesebene ein Beteiligungsrecht bei der Richtlinie über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Geburt (Mutterschafts-Richtlinie) des G-BA eingeräumt. Dies umfasst das Recht auf Teilnahme an den Beratungen in den Gremien des G-BA. Hebammen erbringen ihre freiberufliche Tätigkeit nicht auf ärztliche Veranlassung, sondern vollständig eigenverantwortlich. Gleichwohl enthält die Mutterschafts-Richtlinie auch Vorgaben zur Zusammenarbeit von Ärztinnen und Ärzten mit Hebammen und Regelungen zur Abgrenzung der Aufgabenbereiche, die eine Mitberatung der betreffenden Verbände in den Gremien rechtfertigen. Sofern auf dieses Recht zur unmittelbaren Einbringung in die Beratungen verzichtet wird, ist den betreffenden Verbänden vor der Entscheidung des G-BA wie bereits bisher Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die betreffenden Verbände können so im Ergebnis wählen, ob sie an der Beratung beteiligt werden oder Gelegenheit zur Stellungnahme erhalten. Zudem wird geregelt, dass den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften Gelegenheit zur Stellungnahme zu den Entscheidungen des G-BA zur Mutterschafts-Richtlinie zu geben ist. Die von den wissenschaftlichen Fachgesellschaften abgegebenen Stellungnahmen sind – ebenso wie die von den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Berufsverbänden der Hebammen und den Verbänden der von Hebammen geleiteten Einrichtungen auf Bundesebene abgegebenen Stellungnahmen – in die Entscheidung einzubeziehen. Damit kann die Expertise der einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften in die Entscheidungsfindung des G-BA einfließen.

Mit der Einfügung eines neuen Absatzes 1c wird geregelt, dass die einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften ein Stellungnahmerecht zu den Entscheidungen des G-BA über die Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 10 und 11 haben. Dies umfasst die Richtlinien über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung, die Richtlinie zur Kryokonservierung von Ei- oder Spermazellen oder Keimzellgewebe sowie entsprechende medizinische Maßnahmen wegen keimzellschädigender Therapie sowie die Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch. Den Fachgesellschaften ist vor der Entscheidung des G-BA Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die abgegebenen Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Damit kann die Expertise der

einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften in die Entscheidungsfindung des G-BA einfließen.

Zu Buchstabe b

Die AkdÄ ist ein unabhängiger Fachausschuss der Bundesärztekammer. Als Gremium befasst sie sich unter anderem mit der Bewertung der Wirksamkeit von Arzneimitteln nach den Prinzipien der evidenzbasierten Medizin zum Zwecke der Vermittlung des derzeit gesicherten Wissens als Grundlage für eine rationale und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie. Die AkdÄ berät den G-BA zur Vorbereitung seiner Beschlüsse nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 (Richtlinie über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Arzneimittel-Richtlinie)) und hat auch bereits seine Rechtsvorgänger seit vielen Jahren beraten. Ebenso berät und unterstützt die AkdÄ den G-BA aufgrund von Aufträgen zu arzneimitteltherapeutischen und pharmakologischen Fragestellungen im Zusammenhang mit der gerichtlichen Überprüfung von Regelungen der Arzneimittel-Richtlinie über alle Regelungsbereiche hinweg, insbesondere zu Therapiehinweisen und Festbetragsgruppenbildungen.

Dabei lässt die AkdÄ von Sachverständigen der medizinischen Wissenschaft und Praxis Stellungnahmen zu den arzneimitteltherapeutischen und pharmakologischen Fragen erstellen, unterstützt die Sachverständigen bei der Wahrnehmung ihrer Gutachtertätigkeit und gewährleistet durch ihre organisatorisch-administrative Betreuung die unabhängige wie fristgerechte Bearbeitung der Aufträge des G-BA.

Die Gewährleistung der Bearbeitung von Aufträgen des G-BA zur wissenschaftlichen Begutachtung erfordert die regelmäßige Vorhaltung von Ressourcen in personeller und sachlicher Hinsicht. Der regelmäßigen Inanspruchnahme der AkdÄ zur Vorbereitung der Richtlinienentscheidungen des G-BA und der insoweit besonderen Aufgabenstellung soll durch die gesetzliche Verankerung Rechnung getragen werden. Im Rahmen dieses allgemeinen Auftrages, der vom G-BA in Art und Umfang näher zu konkretisieren ist, sind der AkdÄ die Aufwendungen zu ersetzen, die sie im Zusammenhang mit der Vorbereitung, zur Förderung oder als Nachwirkung der Beratungstätigkeit des G-BA hat. Das Nähere hierzu, insbesondere den sachangemessenen personellen und sachlichen Bedarf und die Höhe des zu leistenden Aufwendersatzes, vereinbart der G-BA mit der AkdÄ. Den für die dargestellte Aufgabenwahrnehmung der AkdÄ zu erwartenden Aufwand ermittelt der G-BA jeweils im Rahmen seiner Haushaltsplanung.

Die AkdÄ ist als Sachverständige der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft und Praxis zu Entscheidungen über die Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 zur Verordnung von Arzneimitteln und zur Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien im Sinne von § 4 Absatz 9 des Arzneimittelgesetzes sowie Therapiehinweisen nach Absatz 2 Satz 7 stellungnahmeberechtigt. Der G-BA hat insoweit auch das Nähere zur Berücksichtigung der Stellungnahmen in Verfahren zu regeln, in denen die AkdÄ beratend beteiligt war. Gleiches gilt für die Beteiligung der AkdÄ vor der Forderung einer anwendungsbegleitenden Datenerhebung nach § 35a Absatz 3b Satz 8 sowie zur Bestimmung der zweckmäßigen Vergleichstherapie im Rahmen der Beratung des pharmazeutischen Unternehmers nach § 35a Absatz 7 Satz 4. Die Beratungstätigkeit nach Satz 4 ist von diesen weiteren Beteiligungs- und Stellungnahmerechten der AkdÄ abzugrenzen; in diesem Zusammenhang entstandene Aufwände fließen in den Aufwendersatz nach Satz 5 nicht ein.

Zu Buchstabe c

Mit der Ergänzung in Absatz 4 wird geregelt, dass die einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften ein Stellungnahmerecht zu den Entscheidungen des G-BA über die Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 haben. Dies umfasst die Richtlinie über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Kinder-Richtlinie), die Richtlinie zur

Jugendgesundheitsuntersuchung, die Richtlinie über die Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie), die Richtlinie über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie) und die Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme haben. Den Fachgesellschaften ist vor der Entscheidung des G-BA Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die abgegebenen Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Damit kann die Expertise der einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften in die Entscheidungsfindung des G-BA einfließen. Bei Entscheidungen über die Krebsfrüherkennungs-Richtlinie und die Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme erhalten zudem die Deutsche Krebshilfe und die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren ein Stellungnahmerecht.

Zu Buchstabe d

Mit der Ergänzung in Absatz 5 wird den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften ein Stellungnahmerecht zu den Entscheidungen des G-BA über die Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 8 eingeräumt. Dies betrifft die Richtlinie über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie). Den Fachgesellschaften ist vor der Entscheidung des G-BA Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die abgegebenen Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Damit kann die Expertise der einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften in die Entscheidungsfindung des G-BA einfließen.

Zu Buchstabe e

Mit der Ergänzung in Absatz 6 wird den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften ein Stellungnahmerecht zu den Entscheidungen des G-BA über die Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 zur Verordnung von Heilmitteln eingeräumt. Den Fachgesellschaften ist vor der Entscheidung des G-BA Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die abgegebenen Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Damit kann die Expertise der einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften in die Entscheidungsfindung des G-BA einfließen.

Zu Buchstabe f

Zu Doppelbuchstabe aa

Der G-BA wird beauftragt, innerhalb von sechs Monaten das Verfahren zur Durchführung einer psychotherapeutischen Kurzzeittherapie weiter zu vereinfachen. Nach den geltenden Vorgaben in der Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) des G-BA umfasst die Kurzzeittherapie in der Psychotherapie insgesamt bis zu 24 Therapieeinheiten, deren Beantragung bisher in zwei Schritten für jeweils ein Kontingent von 12 Therapieeinheiten erfolgt. Eine Mehrzahl der Patientinnen und Patienten in psychotherapeutischer Behandlung bedarf mehr als zwölf Therapieeinheiten und ist insoweit auf ein zweites Kurzzeittherapie-Kontingent angewiesen. Die Erforderlichkeit eines zusätzlichen Antrags führt zu einem bürokratischen Mehraufwand für alle betroffenen Seiten. Durch den Verzicht auf das zweistufige Verfahren und das Erfordernis eines zweiten Antrags, wird dieser zusätzliche bürokratische Aufwand, insbesondere für die Patientinnen und Patienten, die Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die Ärztinnen und Ärzte sowie die Krankenkassen künftig vermieden.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit der Anfügung im Absatz 6a wird den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften ein Stellungnahmerecht zu den Entscheidungen des G-BA zur Psychotherapie-Richtlinie eingeräumt. Den Fachgesellschaften ist vor der Entscheidung des G-BA Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die abgegebenen Stellungnahmen sind in die

Entscheidung einzubeziehen. Damit kann die Expertise der einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften in die Entscheidungsfindung des G-BA einfließen.

Zu Buchstabe g

Mit der Ergänzung in den Absätzen 6b und 6c wird den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften ein Stellungnahmerecht zu den Entscheidungen des G-BA zur Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf sowie zur Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID eingeräumt. Den Fachgesellschaften ist vor der Entscheidung des G-BA Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die abgegebenen Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Damit kann die Expertise der einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften in die Entscheidungsfindung des G-BA einfließen.

Zu Buchstabe h

Mit der Ergänzung in Absatz 7 Satz 2 wird den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften ein Stellungnahmerecht zu den Entscheidungen des G-BA über die Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege eingeräumt. Den Fachgesellschaften ist vor der Entscheidung des G-BA Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die abgegebenen Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Damit kann die Expertise der einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften in die Entscheidungsfindung des G-BA einfließen.

Zu Buchstabe i

Mit der Ergänzung in Absatz 7b wird den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften ein Stellungnahmerecht zu den Entscheidungen des G-BA über die Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 14 eingeräumt. Dies betrifft die Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie). Den Fachgesellschaften ist vor der Entscheidung des G-BA Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die abgegebenen Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Damit kann die Expertise der einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften in die Entscheidungsfindung des G-BA einfließen.

Zu Buchstabe j

Mit der Ergänzung in Absatz 7c wird den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften ein Stellungnahmerecht zu den Entscheidungen des G-BA über die Richtlinie nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 zur Verordnung von Soziotherapie eingeräumt. Den Fachgesellschaften ist vor der Entscheidung des G-BA Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die abgegebenen Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Damit kann die Expertise der einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften in die Entscheidungsfindung des G-BA einfließen.

Zu Buchstabe k

Mit der Ergänzung in Absatz 7g wird den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften ein Stellungnahmerecht zu den Entscheidungen des G-BA über die Richtlinie nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 zur Verordnung von außerklinischer Intensivpflege eingeräumt. Den Fachgesellschaften ist vor der Entscheidung des G-BA Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die abgegebenen Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Damit kann die Expertise der einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften in die Entscheidungsfindung des G-BA einfließen.

Zu Buchstabe l

Mit dem neuen Absatz 7h wird den Berufsorganisationen der Pflegeberufe ein Antrags- und Mitberatungsrecht eingeräumt. Damit wird das bislang bestehende allgemeine Beteiligungsrecht bei Richtlinien und Beschlüssen über die Qualitätssicherung (vgl. § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 in Verbindung mit § 136 Absatz 3, § 136a Absatz 5 Satz 5, § 136b Absatz 1 Satz 3) dahingehend erweitert, dass der Vertretung der Berufsorganisationen der Pflegeberufe in den Gremien des G-BA Antrags- und Mitberatungsrechte zustehen. Dies umfasst auch das Recht, Beratungsgegenstände auf die Tagesordnung setzen zu lassen und bei der Beschlussfassung anwesend zu sein. Zudem besteht ein Einvernehmensefordernis bei Entscheidungen über die Einrichtung einer Arbeitsgruppe und die Bestellung von Sachverständigen durch einen Unterausschuss. Ferner wird das Antrags- und Mitberatungsrecht auch über den Bereich der Qualitätssicherung hinaus auf weitere Aufgabenbereiche des G-BA ausgedehnt, die die Berufsausübung der Pflegeberufe betreffen. Das Antrags- und Mitberatungsrecht besteht danach generell auch bei den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege und außerklinischer Intensivpflege, der Richtlinie nach § 63 Absatz 3c Satz 3 und der Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 14, bei denen die Berufsausübung der Pflegeberufe regelmäßig betroffen ist. Die Berufsausübung der Pflegeberufe kann darüber hinaus auch in weiteren Bereichen der veranlassten Leistungen berührt sein. Dies kann auch bei der ATMP-Qualitätssicherungs-Richtlinie der Fall sein. Der G-BA kann insoweit im Rahmen seiner Verfahrensordnung näher konkretisieren, welche weiteren Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 die Berufsausübung der Pflegeberufe generell berühren und für welche dies gegebenenfalls nur bei bestimmten Beschlussgegenständen gilt.

Zum Zwecke der Ausübung des Mitberatungs- und Antragsrechts benennen die Berufsorganisationen der Pflegeberufe einvernehmlich einen oder zwei Vertreter oder Vertreterinnen. Das bisherige Beteiligungsrecht der Berufsorganisationen der Pflegeberufe im G-BA wurde in erster Linie vom Deutschen Pflegerat e.V. (DPR) wahrgenommen. Es wird davon ausgegangen, dass diese etablierte Praxis fortgeführt und auch die künftige Benennung der Vertreterinnen oder Vertreter durch den DPR erfolgen wird, gegebenenfalls im Einvernehmen mit weiteren Berufsorganisationen der Pflegeberufe, die ihm gegenüber ihr Interesse an der Mitwirkung im G-BA bekunden.

Um sicherzustellen, dass die unmittelbare Einbeziehung der Expertise der Pflege in die Beratungen des G-BA tatsächlich erfolgen kann, kann die Person beziehungsweise können die Personen, die die Vertretung in den Sitzungen der Gremien des G-BA übernimmt beziehungsweise übernehmen, Reisekosten in entsprechender Anwendung des Bundesreisekostengesetzes, Ersatz des Verdienstausfalls sowie einen Pauschbetrag für Zeitaufwand für jeden Kalendertag einer Sitzung erhalten. Die Regelung erfolgt in Anlehnung an die entsprechenden Vorgaben für die Patientenvertretung.

Zu Nummer 11

Zu Buchstabe a

Die Änderung zielt auf eine Erleichterung der Zulassungsvoraussetzungen für MVZ in der Rechtsform der GmbH insbesondere für Kommunen ab.

Nach § 95 Absatz 2 Satz 6 ist ein MVZ in der Rechtsform einer GmbH nur zulassungsfähig, wenn die Gesellschafter der GmbH für etwaige Forderungen der Kassenärztlichen Vereinigungen oder der Krankenkassen Sicherheit leisten. Dies kann dadurch erfolgen, dass die Gesellschafter selbstschuldnerische Bürgschaftserklärungen abgeben oder die in § 232 BGB vorgesehenen Sicherheitsleistungen erbringen.

Für den Fall der Abgabe einer Bürgschaftserklärung durch die Gesellschafter ist bislang eine betragsmäßige Beschränkung der Bürgschaft in § 95 Absatz 2 nicht gesetzlich vorgesehen. Darüber hinaus wird aus der Kommunalpraxis berichtet, dass die Kommunen aus kommunalrechtlichen Gründen keine betragsmäßig unbeschränkten Bürgschaftserklärungen abgeben dürfen und deshalb auf kostenpflichtige Bankbürgschaften angewiesen sind. Zwar können die Kommunen MVZ auch in einer öffentlich-rechtlichen Rechtsform gründen, deren Zulassung gerade nicht von einer Sicherheitsleistung abhängt. Seitens der Kommunen besteht jedoch ein gesteigertes Interesse, ein MVZ nicht in einer öffentlich-rechtlichen Rechtsform, sondern in der Rechtsform einer GmbH zu gründen. Schließlich sind auch die alternativ zu erbringenden Sicherheitsleistungen nach § 232 BGB typischerweise auf eine bestimmte Höhe beschränkt.

Mit vorliegender Änderung wird geregelt, dass für die Zulassung eines MVZ in der Rechtsform der GmbH als Sicherheitsleistung auch die Abgabe einer Höchstbetragsbürgschaft durch den Gesellschafter zulässig ist. Die konkrete Höhe der zu übernehmenden Bürgschaft kann damit an die Umstände des Einzelfalls beziehungsweise am jeweiligen Sicherungsbedürfnis der Kassenärztlichen oder Kassenzahnärztlichen Vereinigung und der Krankenkassen ausgerichtet werden. Hierbei können etwa die Anzahl der Arztstellen, die vorliegenden Facharztpraxen und die durchschnittlichen Regressbeträge der vertretenen Fachgruppen, der Honorarumsatz des MVZ sowie der Umsatz an verordneten Arznei- und Heilmitteln berücksichtigt werden. Die Regelung gilt auch für die Sicherheitsleistungen der Gesellschafter nichtkommunaler MVZ in der Rechtsform einer GmbH.

An die Höhe der nach § 232 BGB abgegebenen Sicherungsleistungen werden in der gegenwärtigen Zulassungspraxis teilweise unterschiedliche Anforderungen gestellt (etwa je Arztstelle zweifacher durchschnittlicher Jahresumsatz der im MVZ vertretenen Fachgruppe oder fünffacher Umsatz des MVZ). Zur Vermeidung ungleicher Zulassungsvoraussetzungen werden die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der GKV-Spitzenverband beauftragt, mit Wirkung zum ersten Tag des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats jeweils differenzierte Rahmenvorgaben zur Festlegung der Höhe der zu erbringenden Sicherheitsleistungen einschließlich der Gesellschafterbürgschaften festzulegen, an denen sich die Zulassungsausschüsse zu orientieren haben. Hierdurch soll die Zulassungspraxis vereinheitlicht und ein angemessenes Verhältnis der Sicherungsleistungen zum Sicherungsinteresse der Kassenärztlichen oder Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalls hergestellt werden. Die Festlegungen der Vereinbarungspartner zur Höhe der Sicherheitsleistungen gelten sowohl für die Bürgschaftserklärungen der Gesellschafter als auch für die anderen Sicherheitsleistungen nach § 232 BGB. Vorgesehen ist, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung einerseits und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung andererseits getrennte Verträge mit dem GKV-Spitzenverband schließen, um etwaigen Besonderheiten im ärztlichen und zahnärztlichen Bereich Rechnung tragen zu können.

Das Recht der Gesellschafter zur Begrenzung ihrer Sicherheitsleistungen besteht bereits im Zeitraum bis zum Inkrafttreten der Rahmenvereinbarungen zwischen den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und dem GKV-Spitzenverband. Bis zu diesem Zeitpunkt ist davon auszugehen, dass die Zulassungsausschüsse ihre bisherigen Orientierungswerte zur Festlegung der Höhe der Sicherheitsleistungen nach § 232 BGB auch für die Bürgschaften der Gesellschafter zur Anwendung bringen.

Zu Buchstabe b

§ 95 Absatz 3 sieht vor, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen bundeseinheitlich die Einhaltung des Umfangs der jeweiligen Versorgungsaufträge der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten zu überprüfen haben. Die Ergebnisse dieser Prüfungen sowie eine Übersicht über die gegebenenfalls getroffenen Maßnahmen sind den Landesausschüssen und den Zulassungsausschüssen sowie der für die jeweilige Kassenärztlichen Vereinigungen zuständigen

Aufsichtsbehörde jeweils zum 30. Juni eines Jahres zu übermitteln; sie werden damit in die Lage versetzt entsprechend ihrer gesetzlichen Aufgaben geeignete Maßnahmen zu ergreifen.

Vor dem Hintergrund, dass der gesetzliche Sicherstellungsauftrag auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung adressiert (§ 75 Absatz 1) und dass auch dem Bundesministerium für Gesundheit Datengrundlagen zur Verfügung stehen müssen, die zu einer adäquaten Beurteilung der Versorgungssituation und eines etwaigen Bedarfs an zusätzlichen Sicherstellungsinstrumenten beitragen, wird die bisherige Regelung erweitert. Die Übermittlungspflicht der Kassenärztlichen Vereinigungen nach Satz 5 erstreckt sich zukünftig daher auch auf die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Der neue Satz 6 verpflichtet die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen erhaltenen Informationen zu evaluieren und hierüber dem Bundesministerium für Gesundheit einmal jährlich zu berichten. Zum Zweck der Evaluation wird in Satz 5 der Inhalt der von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu übermittelnden Informationen gesetzlich konkretisiert und erweitert. Die Evaluation soll neben den Ergebnissen auch das der Überprüfung zugrundeliegende Verfahren zur Ermittlung der Arbeitszeiten und der Referenzwerte auf Grundlage von Satz 4 sowie die Voraussetzungen zur Einleitung von Einzelfallprüfungen umfassen. Gegenstand der Evaluation ist nach dem neuen Satz 7 außerdem die Einhaltung der Bundeseinheitlichkeit der Prüfung gemäß der Vorgabe in Satz 4. Hierdurch wird erkennbar, inwieweit und mit welchen Auswirkungen von den Kassenärztlichen Vereinigungen von den methodischen Hinweisen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Überprüfung der Versorgungsaufträge abgewichen wird. Evaluiert werden sollen durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung außerdem die nach § 19a Absatz 4 Satz 2 bis 6 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte gegebenenfalls ergriffenen Maßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigungen und Zulassungsausschüsse. Berichtszeitpunkt ist der 31. Dezember eines Jahres, um der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ausreichend Zeit für die Erstellung des Berichts einzuräumen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung kann den Evaluationsbericht auch dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen übermitteln, da dieser mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Bundesmantelvertrag Regelungen, die zur Organisation der vertragsärztlichen Versorgung notwendig sind, vereinbart (§ 87 Absatz 1 Satz 2).

Zu Nummer 12

Zu Buchstabe a

Aufgrund der neu gebildeten Arztgruppe in Absatz 4a (neu) wird der bisher in Absatz 4 Satz 5 festgelegte Mindestversorgungsanteil für Leistungserbringer, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch betreuen, obsolet. Im Zuge dessen erfolgen im Sinne der Rechtsbereinigung Anpassungen in den Sätzen 5 und 6. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat weiterhin in Bezug auf die Arztgruppe nach Absatz 4 sicherzustellen, dass ein bestimmter Versorgungsanteil der regional maßgeblichen Verhältniszahl den überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten vorbehalten ist. Entsprechend der seit dem 1. Januar 2016 geltenden Regelung kann der Gemeinsame Bundesausschuss die durch den Gesetzgeber für die Zeit bis zum 31. Dezember 2015 geltende Höhe von 25 Prozent aus Versorgungsgründen bedarfsgerecht anpassen.

Zu Buchstabe b

Absatz 4a regelt die Bildung einer neuen bedarfsplanungsrechtlichen Arztgruppe. Diese tritt zwölf Monate nach Verkündung in Kraft. Die neue Arztgruppe umfasst psychotherapeutisch tätige Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln. Die gesonderte Beplanung dieser Arztgruppe ermöglicht zukünftig eine zielgenauere Steuerung der Niederlassungsmöglichkeiten, um den Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung für Kinder und Jugendliche flächendeckend zu verbessern. Zugleich kann damit auch einem etwaigen durch die COVID-19-Pandemie gestiegenen Bedarf an psychotherapeutischer Versorgung

für Kinder und Jugendliche Rechnung getragen werden. Die Bildung der neuen Arztgruppe hat keine Auswirkungen auf den bestehenden Zulassungsstatus der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

Der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad für die neue Arztgruppe ist erstmals zum Stand vom 31. Dezember 2023 zu ermitteln. Dem G-BA wird aufgegeben, die Verhältniszahlen für die neue Arztgruppe innerhalb von sechs Monaten nach Verkündung zu beschließen. In diesem Zusammenhang soll sich der G-BA auch damit auseinandersetzen, inwieweit die Verhältniszahlen mit dem Ziel einer wohnortnahen psychotherapeutischen Versorgung anzupassen sind. Den besonderen Versorgungsbedürfnissen von Kindern und Jugendlichen ist hierbei Rechnung zu tragen. Dies betrifft auch die Prüfung von Mitversorgungseffekten. Kindern und Jugendlichen ist es im Gegensatz zu Erwachsenen beispielsweise nicht ohne weiteres möglich, Praxen in weiterer Entfernung zum Wohnort aufzusuchen. Auch diesem Aspekt kann durch eine separate Bedarfsplanung zukünftig besser Rechnung getragen werden. Der G-BA kann aus Versorgungsgründen einen Mindestversorgungsanteil für überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärztinnen und Ärzte sowie innerhalb dieses Mindestversorgungsanteils weitere nach Fachgebieten differenzierte Mindestversorgungsanteile (beispielsweise psychosomatische Medizin) vorsehen. Die Landesausschüsse haben die Feststellungen, ob in den einzelnen Planungsbereichen nach § 103 Absatz 1 Satz 1 SGB V eine Überversorgung besteht, zum Stand vom ...[einsetzen: Datum des letzten Tages des elften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] zu treffen.

Zu Nummer 13

Zu Buchstabe a

Nach § 105 Absatz 1a Satz 1 sind die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, zur Finanzierung von Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung einen Strukturfonds zu bilden. Mit vorliegender Regelung wird klargestellt, dass die Mittel des Strukturfonds auch dann verwendet werden können, wenn der zuständige Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine drohende oder eingetretene Unterversorgung (§ 100 Absatz 1 Satz 1) oder einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf (§ 100 Absatz 3) nicht festgestellt hat.

In der Vergangenheit dienten die Strukturfonds der Kassenärztlichen Vereinigungen der Finanzierung von Fördermaßnahmen in Gebieten, für die die Landesausschüsse eine drohende oder eingetretene Unterversorgung oder einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf festgestellt hatten. Der Anwendungsbereich der Strukturfondsmittel wurde jedoch bereits mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vom 16. Juni 2015 (BGBl. I S. 1211) erweitert, um den Kassenärztlichen Vereinigungen die Förderung zu erleichtern. Seitdem ist eine finanzielle Förderung aus dem Strukturfonds zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung bereits präventiv zu einem Zeitpunkt möglich, in dem ein Versorgungsdefizit noch nicht unmittelbar droht oder eingetreten ist. Aus der Kommunalpraxis wird indes berichtet, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen die Gewährung von Strukturfondsmitteln teilweise von einer Unterversorgung abhängig machen. Vorliegende Regelung stellt daher klar, dass das Fehlen einer drohenden oder aktuellen Unterversorgung beziehungsweise eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs keinen hinreichenden Ablehnungsgrund darstellt.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Änderung des § 95 Absatz 2. Aufgrund der dadurch geänderten Satzzählung ist auch der bisherige Verweis auf die Sätze 7 bis 10 anzupassen.

Zu Nummer 14

In den Rahmenvorgaben nach § 106b Absatz 2 für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen, vereinbart zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, wird bezüglich des Umfangs der Wirtschaftlichkeitsprüfungen in § 3 Absatz 5 bereits heute für Prüfungen nach Absatz 1 die Möglichkeit vorgesehen, Bagatellgrenzen zu vereinbaren. Von dieser Möglichkeit wurde bislang im Rahmen der jeweiligen Prüfvereinbarungen auf Landesebene in unterschiedlichen Umfängen Gebrauch gemacht.

Mit der Ergänzung in § 106b Absatz 2 Satz 2 wird nun geregelt, dass die Rahmenvorgaben neben dem Umfang von Wirtschaftlichkeitsprüfungen 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 durchzuführen sind. Diese Grenze bezieht sich auf je eine Betriebsstättennummer, ein Quartal und eine Krankenkasse. Es wird davon ausgegangen, dass durch diese Maßnahme rund 70 Prozent der bislang durchgeführten Prüfverfahren zukünftig entfallen werden. Vor dem Hintergrund, dass sich durch diese Geringfügigkeitsgrenze eine jährliche finanzielle Belastung für die GKV in Höhe von rund 3 Millionen Euro ergibt, diese aber nur einen sehr geringen Anteil der Gesamtausgaben der GKV für Arzneimittel und Heilmittel ausmachen (im Jahr 2022: rund 43 Milliarden Euro für Arzneimittel und rund 11 Milliarden Euro für Heilmittel), wird die Grenze von 300 Euro auch als sachgerecht und mithin verhältnismäßig bewertet.

Diese Maßnahme stellt einen wichtigen Beitrag zur Entbürokratisierung dar und führt zur Vereinheitlichung der bestehenden Prüfvereinbarungen.

Zu Nummer 15

Mit dem neuen Absatz 5a wird den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften ein Stellungnahmerecht zu den Entscheidungen des G-BA zur Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V eingeräumt. Den Fachgesellschaften ist vor der Entscheidung des G-BA Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die abgegebenen Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Damit kann die Expertise der einschlägigen Fachgesellschaften in die Entscheidungsfindung des G-BA einfließen.

Mit dem neuen Absatz 5b wird dem G-BA aufgegeben, seine Verfahren zur Erarbeitung von Anforderungen für eine ambulante spezialfachärztliche Versorgung einer Erkrankung jeweils innerhalb von maximal einem Jahr abzuschließen. Ferner soll er in jedem Kalenderjahr für mindestens drei weitere Erkrankungen die Anforderungen für eine ambulante spezialfachärztliche Versorgung erarbeiten. Damit wird der weitere Ausbau der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung, die der Verbesserung der interdisziplinären und sektorenübergreifenden Versorgung komplexer, schwer therapierbarer und seltener Erkrankungen dient, gefördert und unterstützt.

Zu Nummer 16

Zu Buchstabe a

Mit der Änderung wird für die Ambulanzen an Einrichtungen, die nach Landesrecht für die Weiterbildung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder Ärztinnen und Ärzten in psychotherapeutischen Fachgebieten zugelassen sind, die Legaldefinition der Weiterbildungsambulanzen eingeführt, damit dieser Begriff im Gesetz verwendet werden kann.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um Folgeänderungen, die daraus resultieren, dass für die Weiterbildungsambulanzen die Möglichkeit geschaffen wird, ihre Vergütungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nach § 120 Absatz 2 SGB V zu vereinbaren. Die entsprechende Verweisung in Absatz 3c auf die Weiterbildungsambulanzen nach Absatz 3b ist mithin obsolet. Entsprechend ist auch die Regelung der Weitergabe von mindestens 40 Prozent der von den Krankenkassen geleisteten Vergütung an die Weiterbildungsteilnehmenden hinfällig sowie die Mitteilung der Höhe der Ausbildungskosten und des auszahlenden Vergütungsanteils. Die Nennung der Weiterbildungsteilnehmenden ist aus der jeweiligen Regelung zu streichen.

Zu Nummer 17

Patientinnen und Patienten, die aufgrund einer geistigen Behinderung intellektuell beeinträchtigt sind, haben im Bereich der psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung besondere Versorgungsbedürfnisse sowie einen erschwerten Zugang zu Versorgungsangeboten. Zur Schließung dieser Versorgungslücke wird daher in der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte ein neuer Ermächtigungstatbestand geschaffen. Vor diesem Hintergrund werden daher die gesetzlichen Vorgaben für medizinische Behandlungszentren zur Zusammenarbeit mit Leistungserbringern und weiteren Einrichtungen werden spezifiziert. Sie sollen künftig auch Kooperationsvereinbarungen mit geeigneten Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die nach § 31 Absatz 1 Satz 3 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (neu) ermächtigt werden, abschließen. Geeignet sind diejenigen Leistungserbringer, die durch den Zulassungsausschuss zur Versorgung von Personen mit intellektueller Beeinträchtigung ermächtigt werden und für die Patientinnen und Patienten jeweils räumlich erreichbar sind.

Zu Nummer 18

Zu Buchstabe a

Durch die Ergänzung der Weiterbildungsambulanzen in Absatz 2 Satz 1 wird geregelt, dass diese ihre Vergütung unmittelbar von den Krankenkassen erhalten. Insoweit werden die Weiterbildungsambulanzen mit den bereits benannten Hochschulambulanzen, psychiatrischen Institutsambulanzen, sozialpädiatrischen Zentren und den medizinischen Behandlungszentren gleichgestellt.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine notwendige Folgeänderung, mit der die Weiterbildungsambulanzen die Möglichkeit erhalten, ihre Vergütungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zu vereinbaren.

Zu Buchstabe c

Entsprechend der vorangegangenen Änderungen ist ebenfalls klarzustellen, dass die Vergütung auch die Leistungsfähigkeit der Weiterbildungsambulanzen bei wirtschaftlicher Betriebsführung zu gewährleisten hat. Um die Regelung übersichtlich zu halten, wird nunmehr auf die in Satz 1 genannten Leistungserbringer verwiesen.

Zu Buchstabe d

Durch die Ergänzung wird als Maßstab für die Festlegung der Vergütung der Weiterbildungsambulanzen die Abstimmung mit der Vergütung für vergleichbare Leistungen vorgegeben. Auch dürfen nur Leistungen vergütet werden, für die eine Ermächtigung des Zulassungsausschusses vorliegt und die gegenüber Versicherten erbracht werden. Für andere

Aufgaben, die in keinem unmittelbaren Zusammenhang zu der Leistungserbringung gegenüber einem Versicherten stehen, besteht keine Leistungspflicht der Krankenkassen und diese sind somit nicht zu vergüten. Da in den Weiterbildungsambulanzen die Leistungen durch Weiterbildungsteilnehmende erbracht werden, die im Rahmen ihrer Weiterbildung neben der Behandlung von Patientinnen und Patienten durch die jeweiligen Weiterbildungsordnungen der Länder weitere Lerninhalte auferlegt bekommen haben, die nicht in die Zuständigkeit des Bundes fallen, sind klare Abgrenzungen für die zu vergütenden Leistungen erforderlich.

Zu Nummer 19

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur neuen Regelung in § 92 Absatz 7h, mit der den Berufsorganisationen der Pflegeberufe ein Antrags- und Mitberatungsrecht eingeräumt wird. Das allgemeine Beteiligungsrecht kann daher entfallen.

Zu Buchstabe b

Mit der Ergänzung werden die Beteiligungsrechte zu den Richtlinien des G-BA zur Qualitätssicherung erweitert. Mit dem neuen Satz 2 wird den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Berufsverbänden der Hebammen und den Verbänden der von Hebammen geleiteten Einrichtungen auf Bundesebene ein Beteiligungsrecht eingeräumt, soweit die Berufsausübung der Hebammen berührt ist. Dies umfasst das Recht auf Teilnahme an den und unmittelbare Einbringung in die Beratungen des G-BA.

Zu Nummer 20

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur neuen Regelung in § 92 Absatz 7h, mit der den Berufsorganisationen der Pflegeberufe ein Antrags- und Mitberatungsrecht eingeräumt wird. Das allgemeine Beteiligungsrecht kann daher entfallen.

Zu Nummer 21

Um das Verfahren zur Erarbeitung von Richtlinien zu neuen strukturierten Behandlungsprogrammen zu beschleunigen, hat der G-BA die Erarbeitung innerhalb von zwei Jahren nach Einleitung des jeweiligen Beratungsverfahrens abzuschließen.

Zu Nummer 22

Zu Buchstabe a

Durch die Ergänzungen in Satz 5 wird geregelt, dass die Patientenvertretung im G-BA auch bei Beschlüssen zu Richtlinien nach § 63 Absatz 3c Satz 3 und bei Beschlüssen nach § 136c ein Antragsrecht hat.

Zu Buchstabe b

Um die Rechte der Patientenvertretung im G-BA weiter zu stärken, damit die Belange der Patientinnen und Patienten besser berücksichtigt werden, erhalten die benannten Personen ein temporäres Vetorecht im Beschlussgremium des G-BA. Damit kann die Patientenvertretung einmalig eine Beschlussfassung verhindern und eine weitere Beratung der Thematik des Beschlusses erwirken. Der kann in einer der kommenden Sitzungen des G-BA erneut beschlossen werden. Ein erneut ablehnendes Votum der Patientenvertretung führt nicht zu einer weiteren Hemmung. Die benannten Personen müssen ihr ablehnendes Votum einheitlich abgeben.

Zu Nummer 23

Zu Buchstabe a

Mit der Regelung wird sichergestellt, dass bei den Landesverbänden der Krankenkassen künftig durchgängig Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen eingerichtet werden. Auf der Grundlage des bisherigen § 197a Absatz 1 Satz 1 wurde auf Ebene der Landesverbände nicht überall von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht. Zur Unterstützung insbesondere von kleineren Krankenkassen ist es deshalb erforderlich, die Einrichtung von Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen bei den Landesverbänden der Krankenkassen im Sinne einer Zentralisierung der Fehlverhaltensbekämpfung verpflichtend vorzuschreiben.

Fehlverhalten von Leistungserbringern im Gesundheitswesen schädigt regelhaft nicht nur einzelne Krankenkassen, sondern die Solidargemeinschaft der GKV als Ganzes. Zwischen kleineren und größeren Krankenkassen besteht oftmals jedoch eine Diskrepanz hinsichtlich des Aufwands, der bei der Fehlverhaltensbekämpfung betrieben wird. So beliefen sich die durchschnittlichen Aufwendungen kleinerer Krankenkassen in der Kontenklasse 736 (Verwaltungskosten zur Fehlverhaltensbekämpfung) im Jahr 2022 auf lediglich etwa ein Drittel der durchschnittlichen Aufwendungen aller Krankenkassen. Auch in der personellen Ausstattung der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen zeigen sich diese Unterschiede. Oft sind diese Stellen bei kleineren Krankenkassen nur mit einer Person besetzt.

Eine koordinierte Zusammenarbeit von Krankenkassen mit ihren Landesverbänden bei der Fehlverhaltensbekämpfung schafft Abhilfe bei Problemen, denen insbesondere kleinere Krankenkassen ausgesetzt sind. Hierzu zählt zum Beispiel, dass die Anzahl der auswertbaren Datensätze bei kleinen Krankenkassen Anhaltspunkte für Fehlverhalten zumeist nur schwer erkennen lassen. Durch Zentralisierung lässt sich Fehlverhalten systematischer aufdecken. Mit einem gleichzeitig steigenden Professionalisierungsgrad ist letztlich auch eine signifikante Steigerung der Effektivität der Fehlverhaltensbekämpfung erwartbar, konkret bei der Aufklärung von systematischem Fehlverhalten, bei der (Straf-) Verfolgung, gegebenenfalls unter Mitwirkung von Polizei und Staatsanwaltschaft, sowie bei der Vermögensrückführungsquote.

Zwischen den Krankenkassen und ihren Landesverbänden ist nach dem neuen Satz 3 eine Vereinbarung über die Aufgabenverteilung bei der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen zu treffen. In der Vereinbarung ist festzulegen, welche Aufgaben der Landesverband im Interesse einer effektiven Fehlverhaltensbekämpfung insbesondere zur Unterstützung kleiner Krankenkassen übernimmt. In Betracht kommen unter anderem Aufgaben wie Datenauswertungen oder die Verfolgung von Regressansprüchen. Doppelstrukturen sollten möglichst vermieden werden.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Mit der Ergänzung des § 197a Absatz 3b um eine neue Nummer 6 werden die datenschutzrechtlichen Übermittlungsbefugnisse im Zusammenhang ihrer Arbeit für die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen erweitert.

Aufgrund des mit der Regelung des § 132l Absatz 7 eingeführten Informationsaustausches zwischen Krankenkassen und den für die infektionshygienische Überwachung des Infektionsschutzgesetzes zuständigen Gesundheitsämtern sowie aufgrund der Erfahrungen aus der COVID 19-Pandemie und den damit teilweise verbundenen Abrechnungsverstößen von Testzentren werden nunmehr auch Gesundheitsämter, die nach Landesrecht bestimmten heimrechtlichen Aufsichtsbehörden und die nach Landesrecht zuständige

Gesundheitsbehörden in die organisationsübergreifende Zusammenarbeit bei der Fehlverhaltensbekämpfung einbezogen.

Wie bei den in anderen Ziffern des Absatzes 3b genannten Stellen wird es sich bei den übermittelten personenbezogenen Daten um personenbezogene Daten von Leistungserbringern handeln. Soweit im Einzelfall auch personenbezogene Daten von Versicherten betroffen sind, sind diese zu pseudonymisieren, soweit keine Hinweise auf eine Mitwirkung der Versicherten beim Abrechnungsbetrug vorliegen. Sie sind zu anonymisieren, wenn ihre Verarbeitung für den Zweck der Übermittlung nicht erforderlich ist. Dies gilt nicht für Fälle, in denen Hinweise auf eine Mitwirkung von Versicherten beim Abrechnungsbetrug vorliegen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Regelung erweitert die Datenübermittlungsbefugnis auf sämtliche in Absatz 3b genannten Stellen.

Bislang war § 197a Absatz 3b Satz 3 auf die Übermittlung personenbezogener Daten durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung an die Fehlverhaltensstellen begrenzt. Diese Regelung sollte die bis dahin bestehenden Übermittlungsbefugnisse nach §§ 275 ff. und den Qualitätsprüfungsrichtlinien für die ambulante Pflege ergänzen. Sie sollte deutlich machen, dass Mitarbeitende des Medizinischen Dienstes, die bei Wahrnehmung ihrer Begutachtungs-, Kontroll- oder Prüfungsaufgaben Hinweise auf Unregelmäßigkeiten im Sinne von § 197a Absatz 1 erlangen, diese auch unmittelbar an die zuständigen Fehlverhaltensstellen übermitteln dürfen.

Diese Übermittlungsbefugnis nur für den Medizinischen Dienst vorzusehen, greift in der Praxis zu kurz. Deswegen dürfen nunmehr alle in Absatz 3b genannten Stellen personenbezogene Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben erhoben oder an sie übermittelt wurden, an die Einrichtungen nach Absatz 1 übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen durch die Einrichtungen nach Absatz 1 erforderlich ist. Personenbezogene Daten von Versicherten sind vor einer Übermittlung zu pseudonymisieren, wenn keine Hinweise auf eine Mitwirkung der Versicherten am Fehlverhalten vorliegen; sie sind zu anonymisieren, sobald dies im Rahmen der Verarbeitung für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen möglich ist. Die übermittelten Daten dürfen nur zu dem Zweck verarbeitet werden, zu dem sie übermittelt worden sind.

Zu Buchstabe c

Mit der Neuregelung des Absatz 3c Satz 1 wird klargestellt, dass die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen Daten nicht nur bilateral untereinander austauschen dürfen, sondern dass sie ihre Datenbestände (zum Beispiel Abrechnungsdaten der Krankenkassen) ohne Versichertenbezug auch zentral an einer Stelle kassenübergreifend zusammenführen dürfen, um datengestützte Verfahren zur Erkennung von Mustern zu entwickeln, die auf Fehlverhalten hindeuten.

Damit soll den Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen die Möglichkeit eröffnet werden, neben der derzeitigen Vorgehensweise, die die Verfolgung von Einzelfällen und Anzeigen Dritter beinhaltet, auch mit modernen Datenverarbeitungsmethoden, insbesondere mit KI-gestützter Verarbeitung, in Zukunft kassenübergreifend zusammengeführten Datenbestände nach Sachverhalten und Mustern zu analysieren, die auf Fehlverhalten hindeuten. So können auch Muster erkannt werden, die auf Grundlage der begrenzten Datenbestände einzelner Krankenkassen nicht herausgefunden werden können.

Der Versichertenbezug ist für derartige Analysen nicht erforderlich. Daher gibt Satz 2 vor, dass vor einer Übermittlung zur Zusammenführung der Datenbestände der Versichertenbezug zu entfernen ist. Die zusammengeführten Daten dürfen nur zur Entwicklung von datenbasierten Verfahren zur Erkennung von Fehlverhalten verwendet werden. Dies können Filterverfahren und insbesondere Verdachtsmuster sein. Die Filterverfahren und Verdachtsmuster werden den Krankenkassen zur Verfügung gestellt und dürfen nach Satz 3 nur auf deren eigenen Datenbestand angewendet werden, um mögliche Verdachtsfälle herauszufiltern.

§ 197a Absatz 3c gilt entsprechend auch für die Bekämpfung von Fehlverhalten in der Langzeitpflege (vergleiche § 47a Absatz 1 Satz 1, 1. Halbsatz SGB XI).

Zu Buchstabe d

Die Regelung beinhaltet in Satz 1 einen Auftrag an den GKV-Spitzenverband, dem BMG ein Konzept zum Aufbau einer zentralen bundesweiten Datenbank vorzulegen, die den Krankenkassen Hinweise über Sachverhalte oder Auffälligkeiten gibt, die auf Fehlverhalten im Gesundheitswesen hindeuten (Betrugspräventionsdatenbank). Zur Entwicklung dieses Konzepts einer Betrugspräventionsdatenbank hat der GKV-Spitzenverband nach der Vorschrift ein externes Gutachten zu vergeben. Dieses Gutachten eröffnet dem GKV-Spitzenverband die Möglichkeit, mit Hilfe externer Expertise ein umsetzungsfähiges Konzept zur Ausgestaltung der Datenbank mit den notwendigen Funktionalitäten zu entwickeln. Das Konzept ist dem BMG bis zum 31. Dezember 2025 vorzulegen.

Satz 2 gibt einen Katalog wesentlicher Inhalte vor, die das vorzulegende Konzept zu umfassen hat (vgl. Ziffern 1 bis 4). Danach hat das Konzept des GKV-Spitzenverbandes eine Empfehlung zur Zuweisung der Trägerschaft der Datenbank an eine bestimmte Stelle zu beinhalten. Maßgeblich in dem Konzept zu erarbeiten sind zudem grundlegende Empfehlungen, welche Informationen in der Datenbank zu welchem Zweck erfasst werden sollten. Dabei sollen Anforderungen an die einzutragenden Informationen dargestellt werden, zum Beispiel an den erforderlichen Verdachtsgrad und die Umsetzung von Betroffenenrechten, wie zum Beispiel ein Widerspruchsrecht gegen einen Eintrag beschrieben werden. In dem Konzept zu berücksichtigen sind auch Vorschläge, welche Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen einen aktiven Zugriff auf die Datenbank erhalten können, um neben dem Lese-Zugriff auch Daten einpflegen zu können. Von Bedeutung für eine spätere Umsetzung des Konzepts ist schließlich die Darstellung datenschutzrechtlicher Probleme bei Aufbau und Betrieb einer solchen zentralen bundesweiten Datenbank sowie möglicher Lösungsoptionen wie etwa notwendige gesetzlicher Änderungen.

Das mit Hilfe des externen Gutachtens durch den GKV-Spitzenverband ausgearbeitete Konzept kann als Grundlage dienen für die spätere Entscheidung über eine entsprechende Umsetzung, mit dem Ziel kriminelles Fehlverhalten im Gesundheitswesen künftig kassenartenübergreifend effektiver zu bekämpfen.

Zu Nummer 24

Zu Buchstabe a

Aufgrund der unter Buchstabe b Absatz 4 Satz 8 vorgesehenen Ermächtigungsgrundlage für das BMG zum Erlass einer Rechtsverordnung wird die Überschrift des § 217f ergänzt.

Zu Buchstabe b

Zu Satz 1

Der GKV-Spitzenverband trifft gemäß der bisherigen Regelung des § 217f Absatz 4 Entscheidungen zur Organisation des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitswettbewerbs der

Krankenkassen und erlässt hierfür insbesondere Rahmenrichtlinien für den Aufbau und die Durchführung eines zielorientierten Benchmarkings der Leitungs- und Qualitätsdaten. Durch die Neufassung von Absatz 4 wird nunmehr in dessen Satz 1 geregelt, dass der GKV-Spitzenverband in diesem Bereich Richtlinien erlässt, die keiner weiteren Konkretisierung bedürfen. Daher kann der Begriff der Rahmenrichtlinie entfallen.

Gemäß § 53 Satz 1 des Elften Buches nimmt der GKV-Spitzenverband die Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen wahr. Gemäß § 53 Satz 2 des Elften Buches gilt zudem § 217f entsprechend für den Bereich der Pflegeversicherung. Dies gilt somit auch für die Neufassung von § 217f Absatz 4. Diese und die nachfolgenden Ausführungen gelten folglich entsprechend für die Pflegekassen und den Bereich der Pflegeversicherung.

Zu Satz 2

Der GKV-Spitzenverband als Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung gemäß § 217a Absatz 2 unterliegt nach § 217d Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 Satz 2 in Verbindung mit § 87 Absatz 1 des Vierten Buches der Rechtsaufsicht des BMG. Satz 2 regelt daher, dass die Richtlinien nach Satz 1 dem BMG zur Genehmigung vorzulegen sind.

Zu Satz 3

Satz 3 ermächtigt das BMG im Rahmen des Genehmigungsverfahrens ergänzende Stellungnahmen vom GKV-Spitzenverband anzufordern. Hierdurch soll dem BMG die Möglichkeit eingeräumt werden, umfassende Informationen über die der Richtlinie zugrundeliegenden Erwägungen zu den Inhalten der Richtlinie, insbesondere zu den Festlegungen der Kennzahlen und Qualitätskriterien, zu erhalten.

Zu Satz 4

Satz 4 verpflichtet den GKV-Spitzenverband, dem BMG innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten nach Artikel 6 eine Richtlinie nach Satz 1 vorzulegen. Eine gesetzlich vorgegebene Frist ist erforderlich, um sicherzustellen, dass der Auftrag zeitnah umgesetzt wird.

Die Richtlinie hat GKV-weit geltende Vorgaben für eine einheitliche Erhebung und Veröffentlichung relevanter Kennzahlen zur Leistungstransparenz und zur Servicequalität der einzelnen Krankenkassen festzulegen. Dabei muss sichergestellt sein, dass die Vorgaben einheitlich sind und keiner Auslegung der einzelnen Krankenkassen bedürfen.

Ziel der Richtlinie ist es, für die Versicherten der Krankenkassen, aber auch für die interessierte Öffentlichkeit und die Politik, mehr Transparenz darüber zu schaffen, wie die Krankenkassen ihre Aufgabe nach § 1 Satz 4 erfüllen, ihre Versicherten im Krankheitsfall durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu unterstützen. Eine der Kernaufgaben der Krankenkassen ist es, als Körperschaften des öffentlichen Rechts rechtsverbindliche Entscheidungen über die Leistungsanträge ihrer Versicherten zu treffen, die für deren gesundheitliche Versorgung von großer Bedeutung sind. Die Krankenkassen sind zudem verpflichtet, mit den Beiträgen der Versichertengemeinschaft wirtschaftlich umzugehen, Leistungsanträge bezogen auf den individuellen Bedarf hin zu überprüfen und eine sachgerechte Entscheidung zu treffen. In vielen Fällen sind die Versicherten dabei auf eine fachgerechte Beratung und Begleitung sowie auf eine kurze Bearbeitungsdauer ihrer Krankenkasse angewiesen.

Neben Anträgen in den verschiedenen Leistungsbereichen, die eine Bewilligung der Krankenkassen erfordern, besteht eine weitere zentrale Aufgabe der Krankenkassen gegenüber ihren Versicherten darin, die gesundheitliche Eigenkompetenz und Eigenverantwortung ihrer Versicherten durch Aufklärung und Beratung zu fördern. Voraussetzung hierfür ist eine hohe Qualität der entsprechenden Beratungs- und Unterstützungsangebote der

Krankenkassen, die unter anderem durch das Spektrum der Beratungsangebote und die fachliche Qualität der Beratenden sichergestellt werden muss.

Bezogen auf diese Kernaufgaben der Krankenkassen legt Satz 4 in den Nummern 1 bis 6 inhaltliche Bereiche fest, über die die Kennzahlen, für deren einheitliche Erhebung und Veröffentlichung in der Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes Vorgaben zu treffen sind, mindestens Auskunft geben müssen. Die Nummern 1 bis 6 stellen keine abschließende Aufzählung dar. Der GKV-Spitzenverband kann darüber hinaus weitere Kennzahlen festlegen und zusätzliche Informations- und Auskunftspflichten der Krankenkassen in der Richtlinie vorsehen. Zudem ist der Erlass weiterer Richtlinien durch den GKV-Spitzenverband nach Satz 1 möglich.

Gemäß Nummer 1 sind verbindliche Vorgaben für die Erfassung von Leistungsanträgen, die die Versicherten bei ihrer Krankenkasse stellen, in der Richtlinie festzulegen. Hierbei sollen insbesondere Leistungsbereiche aufgenommen werden, in denen Krankenkassen Entscheidungsmöglichkeiten zu Leistungsanträgen ihrer Versicherten besitzen. Dies ist insbesondere in den Leistungsbereichen Hilfsmittel, Rehabilitation und Zahnersatz der Fall. Die jeweiligen Leistungsbereiche sind dabei einzeln auszuweisen. Eine weitere Differenzierung nach Unterbereichen oder nach einzelnen, für Versicherte besonders relevanten Leistungen kann ebenfalls durch den GKV-Spitzenverband vorgegeben werden. Zudem haben eine Erfassung und eine Darstellung nach den Merkmalen, ob die Anträge genehmigt beziehungsweise bewilligt oder abgelehnt wurden, zu erfolgen. Es sind sowohl die Anzahl der Anträge insgesamt als auch deren Bescheidung (Bewilligung oder Ablehnung) im Verhältnis zu den gestellten Anträgen zu erfassen.

In Nummer 2 wird der GKV-Spitzenverband verpflichtet, Vorgaben für Kennzahlen festzulegen, die Auskunft geben über die durchschnittliche Bearbeitungsdauer der Anträge. Hierbei ist mindestens nach den nach Nummer 1 festgelegten Leistungsbereichen zu differenzieren. Eine Differenzierung hat nach den einzelnen, für die Anspruchsberechtigten besonders relevanten Leistungsarten in der Krankenversicherung zu erfolgen. Konkrete Leistungen, wie beispielsweise das Pflegebett als Hilfsmittel, das einen Antrag des Versicherten erfordert und dessen Antragsprüfung im Sinne des Versicherten möglichst schnell erfolgen sollte, können ebenfalls durch den GKV-Spitzenverband vorgegeben werden.

Nach Nummer 3 sind Vorgaben für die Erfassung der Anzahl der Widersprüche der Versicherten insgesamt sowie der Anzahl der aus Sicht der Leistungsberechtigten, also der Versicherten, erfolgreichen Widersprüche festzulegen. Es hat eine differenzierte Erfassung anhand der Bescheidung der Widersprüche zu erfolgen. Die Erfassung kann beispielsweise nach den Merkmalen „Bestätigung des Antrags des Versicherten durch Krankenkasse“, „Bestätigung des Antrags des Versicherten durch Widerspruchsausschuss“, „Bestätigung der Entscheidung der Krankenkasse durch Widerspruchsausschuss“, „Rücknahme durch Versicherten“ und „Sonstiges“ erfolgen. Gegebenenfalls könnte darüber hinaus transparent gemacht werden, wenn in einem Leistungsbereich in größerer Zahl Anträge auf Leistungen teilweise positiv beschieden wurden beziehungsweise den Widersprüchen teilweise abgeholfen wurde.

Zudem sind die jeweiligen Verhältniszahlen auszuweisen. Die Zahl der erhobenen Widersprüche ist in das Verhältnis zu setzen zur Zahl der insgesamt gestellten Leistungsanträge; die erfolgreichen Widersprüche sind in das Verhältnis zu setzen zu den insgesamt eingelegten Widersprüchen. Eine weitere Differenzierung hat nach Leistungsbereichen zu erfolgen.

In Nummer 4 wird der GKV-Spitzenverband verpflichtet, Vorgaben für die Erfassung der durchschnittlichen Bearbeitungsdauer der Widersprüche festzulegen. Hierbei ist mindestens nach den nach Nummer 3 festgelegten Leistungsbereichen zu differenzieren.

Nummer 5 regelt, dass der GKV-Spitzenverband Vorgaben für die Erfassung der Anzahl der Klagen sowie der aus Sicht des Leistungsberechtigten und damit des Versicherten erfolgreichen Klagen festzulegen hat. Auch anderweitige Verfahrensausgänge wie Anerkennnisse der Krankenkassen oder Vergleiche sind zu erfassen. Die Anzahl der Klagen ist in das Verhältnis zur Anzahl der eingelegten Widersprüche zu setzen; die teilweise oder vollumfänglich stattgegebenen Klagen sind in das Verhältnis zur Anzahl der Klagen zu setzen. Eine weitere Differenzierung hat nach Leistungsbereichen zu erfolgen.

Gemäß Nummer 6 hat der GKV-Spitzenverband verbindliche Vorgaben zu relevanten Kennzahlen zur Qualität von Beratungs- und Unterstützungsangeboten von Krankenkassen festzulegen. Diese sollten sich auf Struktur- und Prozessqualität erstrecken und können beispielsweise die Art und den Umfang der Beratungsangebote, ihre quantitative und qualitative personelle Ausstattung sowie die zeitliche Erreichbarkeit der Krankenkassen abbilden.

Die Buchstaben a bis c legen Mindestvorgaben zu den darzustellenden Beratungs- und Unterstützungsangeboten fest und stellen keine abschließende Aufzählung dar. Der GKV-Spitzenverband kann darüber hinaus weitere Beratungs- und Unterstützungsangebote der Krankenkassen in die Richtlinie aufnehmen.

Buchstabe a regelt, dass die Qualität der Beratungs- und Unterstützungsangebote zum Antragsprozess im Leistungsgeschehen zu erfassen ist. Ein Faktor zur Sicherung der Qualität kann beispielsweise die Anzahl entsprechend qualifizierter Ansprechpartner im Leistungsbereich einer Krankenkasse je 100 000 Versicherte sein. Ein weiterer Faktor kann die Angabe sein, wie häufig Mitarbeitende im jeweiligen Leistungsbereich geschult werden, um stets aktuelle Kenntnisse über die jeweils geltende Rechtslage zu besitzen.

Gemäß Buchstabe b hat der GKV-Spitzenverband Vorgaben für Kennzahlen festzulegen, die Auskunft geben über die Qualität des Beschwerdemanagements der Krankenkassen. Ziel eines strukturierten Beschwerdemanagements ist es, Schwachstellen in der Arbeit der Krankenkassen systematisch zu erfassen, zu analysieren und schnellstmöglich zu beseitigen, um dauerhaft und verlässlich das Angebot der Krankenkasse für den Versicherten sicherzustellen. Der Umgang mit Beschwerden stellt damit immer auch ein wichtiges Qualitätssicherungsinstrument einer Krankenkasse dar. Transparenz hierüber können beispielsweise Informationen zur Prozess- und Strukturqualität, aber auch zu den Ergebnissen von Beschwerden und ihrer Bearbeitung herstellen.

Buchstabe c sieht vor, Informationen zu Beratungs- und Unterstützungsangeboten, die die Krankenkassen ihren Versicherten zur Förderung der Patientensicherheit anbieten, zu erfassen. Insbesondere die Unterstützungsleistungen der Krankenkassen nach § 66 beim Verdacht auf einen Behandlungsfehler sind hierbei zu betrachten, beispielsweise wie hoch der Anteil der mit einem Gutachten näher untersuchten Fälle ist. Geeignet können auch Struktur- und Prozesskriterien sein, die abbilden, wie Patientensicherheit innerhalb der Geschäftsprozesse von Krankenkassen verankert ist.

Nummer 7 stellt klar, dass die Digitalisierung ein wichtiges Element im Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitswettbewerb ist. Anhand ausgewählter Indikatoren soll der Erfolg der Krankenkassen bei der Umsetzung der gesetzlichen Verpflichtungen transparent gemacht werden. Wesentliche Voraussetzung für den Erfolg der Digitalisierung stellt dabei der Ausstattungsgrad der Versicherten mit Near Field Communication (NFC)-fähigen elektronischen Gesundheitskarten einschließlich der erforderlichen PIN dar. Zugleich wird die erfolgreiche Einführung der elektronischen Patientenakte und der digitalen Identitäten ein Bild über den erreichten Digitalisierungsgrad ermöglichen. Neben des Ausstattungsgrades sind dabei etwa im Hinblick auf die elektronische Patientenakte auch Informationen zur tatsächlichen Nutzung, zur Bewertung durch Versicherte oder Nutzungsabbrüche in verschiedenen Nutzungsstadien (Onboarding, Verlauf der Nutzung) sowie zur Nutzungsintensität oder den Supportprozessen von Interesse.

Zu Satz 5 und Satz 6

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) erstellt gemäß § 41 Absatz 2 des Neunten Buches gemeinsam mit den Rehabilitationsträgern seit 2019 jährlich einen Teilhabeverfahrensbericht. Ein Ziel des Teilhabeverfahrensberichts ist die Erhöhung der Transparenz des Leistungsgeschehens im Bereich der Rehabilitation und Teilhabe anhand einheitlicher Kennzahlen. Rehabilitationsträger können nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 des Neunten Buches auch die gesetzlichen Krankenkassen sein. Einige der Sachverhalte aus dem Teilhabeverfahrensbericht decken sich mit den Merkmalen des geänderten § 217f des Fünften Buches. Auf Ebene der BAR wurden hierzu bereits einheitliche Vorgaben für die Erfassung erarbeitet. Um Parallelstrukturen zu vermeiden und Vergleichbarkeit sicherzustellen, sollten die bereits definierten Merkmale und Vorgaben aus dem Teilhabeverfahrensbericht auf die Merkmale aus diesem Gesetzesentwurf abgestimmt werden.

Zu Satz 7

Satz 7 verpflichtet den GKV-Spitzenverband, in der Richtlinie nach Satz 4 Vorgaben für die Bereitstellung und Übermittlung der nicht personenbezogenen Kennzahlen der Krankenkassen zu treffen. Die Bereitstellung und Übermittlung der nicht personenbezogenen Kennzahlen hat in einer maschinenlesbaren Form zu erfolgen, um eine offene Schnittstelle zu garantieren. Hierdurch soll die Möglichkeit geschaffen werden, perspektivisch die nach Satz 4 in der Richtlinie festgelegten nicht personenbezogenen Kennzahlen für Forschungszwecke und zur Nutzung im öffentlichen Interesse zugänglich zu machen mit dem Ziel, die Gesundheitskompetenz zu stärken und die Qualität in der Versorgung zu fördern.

Zu Satz 8

Satz 8 enthält die Ermächtigungsgrundlage für das BMG zum Erlass einer Rechtsverordnung für den Fall, dass der GKV-Spitzenverband die Vorgaben des Satzes 4 oder des Satzes 7 nicht oder nicht vollständig in der vorgegebenen Frist umsetzt. Ferner wird geregelt, dass die Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates erlassen werden kann.

Zu Satz 9

Gemäß Satz 9 werden die Krankenkassen verpflichtet, auf der Grundlage der Festlegungen nach Satz 7 bis zu einem in der Richtlinie festzulegenden Zeitpunkt die für die Umsetzung der Richtlinie erforderlichen, nicht personenbezogenen Kennzahlen an den GKV-Spitzenverband zu übermitteln. Die Übermittlung der Kennzahlen hat in einem jährlichen Rhythmus zu erfolgen.

Zu Satz 10

Satz 10 regelt, dass der GKV-Spitzenverband auf der Grundlage der Kennzahlen nach Satz 9 für die Kennzahlen nach Satz 4 Nummer 1 bis 5 den jeweiligen GKV-weiten Mittelwert sowie die jeweilige Spanne zwischen den Krankenkassen ermittelt. Hierdurch wird eine versichertenfreundliche Vergleichbarkeit der erhobenen Kennzahlen sichergestellt.

Zu Satz 11

Der GKV-Spitzenverband wird in Satz 11 verpflichtet, die ihm nach Satz 7 von den Krankenkassen übermittelten, nicht personenbezogenen Daten sowie die nach Satz 10 ermittelten Daten in geeigneter Form aufzubereiten und auf einer digitalen und interaktiven Plattform zu veröffentlichen. Die Darstellung sowie die Erläuterungen haben in einer für die Versicherten verständlichen und barrierefreien Form und Sprache zu erfolgen. Die Veröffentlichung hat erstmals für das Berichtsjahr 2025 zu erfolgen, danach jährlich. Die Kosten der Plattform hat der GKV-Spitzenverband zu tragen. Durch die Schaffung einer transparenten, nutzerfreundlichen und barrierefreien Vergleichsmöglichkeit der Service- und

Leistungskennzahlen aller Krankenkassen wird sichergestellt, dass den Versicherten zeitnah und regelmäßig aktuelle Informationen über die Servicequalität und die Leistungstransparenz der Krankenkassen vorliegen.

Zu Satz 12

Um dem Gedanken einer möglichst weitreichenden Transparenz nachzukommen, sind die Krankenkassen verpflichtet, bei krankenkassenindividuellen Veröffentlichungen der Kennzahlen nach Satz 4 ihre Versicherten auf die Plattform nach Satz 12 hinzuweisen. Davon umfasst sind insbesondere die von einigen Krankenkassen bereits veröffentlichten Transparenzberichte und die entsprechenden Internetseiten der Krankenkassen. Davon unbenommen können die Krankenkassen in ihren kassenindividuellen Veröffentlichungen neben ihren krankenkassenindividuellen Kennzahlen auch den GKV-weiten Mittelwert sowie die Spanne zwischen den Krankenkassen darstellen, um eine versichertenfreundliche Vergleichbarkeit der erhobenen Daten auch in ihren Publikationen zu ermöglichen.

Zu Satz 13

Um die Passgenauigkeit der Kennzahlen nach Satz 4 sicherzustellen, steht der GKV-Spitzenverband im Austausch mit seinen Mitgliedern. Gemeinsam überprüfen sie jährlich die verbindlichen Vorgaben und entwickeln die Richtlinie gegebenenfalls weiter. Wird die Richtlinie nach Satz 4 in veränderter Form erneut erlassen, ist sie dem BMG wiederum zur Genehmigung vorzulegen.

Zu Satz 14

Zur Sicherstellung der Qualität des Verfahrens hat der GKV-Spitzenverband auf seine Kosten eine fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtung oder eine Sachverständige beziehungsweise einen Sachverständigen mit der externen Evaluation der Richtlinie nach Satz 4 sowie ihrer Umsetzung zu beauftragen. Hierdurch soll gewährleistet werden, dass die Festlegung der Kennzahlen sachgerecht, der Aufbau der Plattform zweckmäßig und die Gestaltung der Veröffentlichung der Kennzahlen zur Servicequalität und zur Leistungstransparenz der Krankenkassen verständlich, vergleichbar und aussagekräftig für die Versicherten ist. Die Ergebnisse der Evaluation hat der GKV-Spitzenverband dem BMG innerhalb von drei Jahren nach erstmaliger Veröffentlichung der Kennzahlen auf der in Satz 12 normierten, digitalen und interaktiven Plattform vorzulegen. Dieser Zeitraum stellt sicher, dass ausreichend Daten für die Evaluation vorliegen und sich das Nutzungsverhalten der Versicherten bei der Inanspruchnahme der Plattform darstellen lässt.

Zu Nummer 25

Nach geltendem Recht entfällt die Beitragsfreiheit der Waisenrente oder entsprechender Hinterbliebenenversorgungsleistungen mit der vorrangigen Versicherungspflicht als Beschäftigte oder Beschäftigter. Die angesprochenen Freiwilligendienste nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz und dem Jugendfreiwilligendienstgesetz und vergleichbare anerkannte Freiwilligendienste unterliegen grundsätzlich der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 1, da die im Rahmen der Freiwilligendienste geleisteten Tätigkeiten einer Beschäftigung im sozialversicherungsrechtlichen Sinne gleichstehen. Das hierfür geltende Erfordernis der Entgeltlichkeit wird durch das in der Regel gewährte Taschengeld und gegebenenfalls durch die Sachleistungen Verpflegung, Unterkunft und Arbeitskleidung beziehungsweise entsprechende Geldersatzleistungen erfüllt. Insoweit ist nach § 5 Absatz 8 die Versicherungspflicht als Beschäftigte oder Beschäftigter vorrangig vor der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b.

Für Personen, die nach § 5 Absatz 1 Nummer 1 versicherungspflichtig sind, bestimmt § 226 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3, dass der Zahlbetrag der Rente der gesetzlichen

Rentenversicherung und der der Rente vergleichbaren Einnahmen (Versorgungsbezüge) der Beitragsbemessung zugrunde zu legen ist.

Mit der Ergänzung des § 226 um den neuen Absatz 6 werden die Waisenrente oder entsprechende Hinterbliebenenversorgungsleistungen auch während der Ableistung eines Freiwilligendienstes beitragsfrei gestellt, wenn Personen, die nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b versicherungspflichtig sind, durch Ableistung eines Freiwilligendienstes als Beschäftigte versicherungspflichtig werden.

Zu Nummer 26

Zu Buchstabe a

Absatz 1 trifft Regelungen zu den turnusmäßigen Prüfungen von Krankenkassen und anderen Institutionen des Gesundheitswesens durch das Bundesamt für Soziale Sicherung, durch die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder sowie durch das BMG.

Mit dem MDK-Reformgesetz vom 19. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) erfolgte die organisatorische Trennung des MD Bund vom GKV-Spitzenverband sowie die organisatorische Trennung der Medizinischen Dienste (MD) von den Krankenkassen. Die Änderungen stellen klar, dass der MD Bund vom BMG, die MD von den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder geprüft werden, was bisher über eine Verweiskette in § 280 Absatz 4 Satz 3 und in § 281 Absatz 3 Satz 3 umgesetzt war.

Darüber hinaus werden die Prüfstelle und der Beschwerdeausschuss nach § 106c in die Sätze 3 und 5 (Doppelbuchstaben bb und cc) aufgenommen. Im Kontext des gesamten Absatzes 1 handelt es sich hierbei um eine redaktionelle Anpassung.

Zu Buchstabe b

Absatz 2 beinhaltet Regelungen zur Bemessung, Tragung und Erstattung der durch die Prüfungen der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung entstandenen Kosten. Die Neufassung entspricht im Wesentlichen der bisherigen Fassung. Nachvollzogen wurden die mit dem MDK-Reformgesetz erfolgten organisatorischen Veränderungen der MD und des MD Bund. Gleichzeitig wird der Wortlaut auch im Kontext zu Absatz 1 überarbeitet und im Sinne einer besseren Lesbarkeit neu strukturiert.

In Satz 1 wurde im Sinne der Rechtsbereinigung ein zeitlicher Bezug gestrichen.

Der bisherige Satz 4 ist nunmehr Satz 2.

Im neuen Satz 4 werden die organisatorischen Veränderungen des MD Bund und der MD berücksichtigt und die Bezeichnung der für die Berechnung der Kosten zu verwendenden Übersicht ebenso korrigiert wie das hierfür zuständige Ressort. Maßgeblich für die Kostenberechnung sind die vom Bundesministerium der Finanzen erstellten Übersichten über Personal- und Sachkosten in der Bundesverwaltung für Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen und Kostenberechnungen.

Der bisherige Satz 2 wurde in die neuen Sätze 10 und 11 aufgeteilt, welche nunmehr auch die organisatorischen Veränderungen des MD Bund und der MD beinhalten. Im Sinne einer übersichtlicheren Normstruktur wurden diese Sätze ans Absatzende gesetzt. Für den MD Bund werden die Kostenregelungen vom BMG getroffen, für die MD werden die Kostenregelungen von den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder getroffen.

Im Übrigen entspricht der neu gefasste Absatz 2 inhaltlich der bisherigen Fassung.

Zu Buchstabe c

Um die Finanzkontrolle im Gesundheitsbereich zu stärken, wird dem Bundesrechnungshof mit dem neuen Satz 2 ein Prüfrecht auch gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen und ihren Bundesvereinigungen, den MD, dem MD Bund sowie dem G-BA eingeräumt. Mit der Norm wird der Regelungsauftrag des Rechnungsprüfungsausschusses gemäß dem Beschluss vom 23. September 2022 umgesetzt.

Die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und deren Bundesvereinigungen, die MD und der MD Bund sowie der G-BA sind mittelbare Empfänger von Bundesmitteln aus dem Gesundheitsfonds (vergleiche § 221 SGB V) und werden deshalb ebenso wie die Krankenkassen und deren Verbände und Arbeitsgemeinschaften dem Prüfrecht des Bundesrechnungshofs unterstellt, um eine umfassende Prüfung hinsichtlich der Verwendung von Bundesmitteln zu gewährleisten. Das Ziel ist eine sachgerechte und unabhängige Finanzkontrolle über die genannten Institutionen.

Die früheren Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und der Medizinische Dienst des GKV-Spitzenverbands unterlagen nach altem Recht aufgrund ihrer organisatorischen Zugehörigkeit zu den Krankenkassen beziehungsweise zum GKV-Spitzenverband dem Prüfrecht des BRH nach § 274 Absatz 4 SGB V. Mit dem MDK-Reformgesetz vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) wurden sie zu eigenständigen Körperschaften des öffentlichen Rechts und fielen so aus dem Anwendungsbereich des § 274 Absatz 4 SGB V heraus. Da ihre Finanzierung aber weiterhin aus Kassenmitteln einschließlich Mitteln nach § 221 SGB V erfolgt, ist nunmehr die ausdrückliche Erstreckung der Prüfrechte des BRH auf die MD und den MD Bund angezeigt.

Zu Nummer 27

Es handelt sich um eine Rechtsbereinigung. Durch die mit diesem Gesetz vorgenommenen Änderungen des § 274 ist der für die MD geltende Verweis in § 280 Absatz 4 Satz 3 entbehrlich geworden.

Zu Nummer 28

Es handelt sich um eine Rechtsbereinigung. Durch die mit diesem Gesetz vorgenommenen Änderungen des § 274 ist der für den MD Bund geltende Verweis in § 281 Absatz 3 Satz 3 entbehrlich geworden.

Zu Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1

Es handelt sich um eine notwendige Folgeänderung zur Neuregelung in § 10 Absatz 1 des Fünften Buches, die sicherstellt, dass die Systemabgrenzung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung auch bei der Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung nachvollzogen wird.

Zu Nummer 2

Mit der Ergänzung des § 47a Absatz 3 Satz 1 um eine neue Nummer 7 werden die datenschutzrechtlichen Übermittlungsbefugnisse im Zusammenhang mit der Arbeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen erweitert. Es handelt sich um Parallelnorm zu der mit diesem Gesetz eingefügten Vorschrift des § 197b Absatz 3b Nummer 7 des Fünften Buches.

Zu Nummer 3

Gemäß § 53 Satz 2 gilt § 217f des Fünften Buches entsprechend. Das bedeutet, dass an die Stelle der speziellen Bezüge zur GKV die der sozialen Pflegeversicherung treten. Dies gilt auch für die Neufassung von § 217f Absatz 4 des Fünften Buches, durch die somit nicht nur die Transparenz hinsichtlich der Servicequalität der Krankenkassen und des Leistungsgeschehens in der GKV erhöht werden soll, sondern auch die Transparenz hinsichtlich der Servicequalität der Pflegekassen und des Leistungsgeschehens in der sozialen Pflegeversicherung. Gemäß § 53 Satz 1 nimmt der GKV-Spitzenverband beim Erlass der Richtlinien nach § 217f Absatz 4 des Fünften Buches auch die Aufgabe des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen wahr und legt somit auch für die Pflegekassen verbindliche Vorgaben für die einheitliche Erhebung und Veröffentlichung entsprechender Kennzahlen fest. Damit wird die Vergleichbarkeit zwischen den Pflegekassen gewährleistet und der Qualitätswettbewerb gestärkt.

Soweit § 217f Absatz 4 des Fünften Buches auf Leistungsbereiche abstellt, sind im Bereich der Langzeitpflege insbesondere die Leistungen nach dem Vierten Kapitel gemeint. Sofern infolge eines Antrags auf eine der Leistungen eine Begutachtung zur Einstufung in einen Pflegegrad seitens der Pflegekasse beauftragt beziehungsweise durch den Medizinischen Dienst oder andere unabhängige Gutachterinnen und Gutachter durchgeführt wird, ist bei der Darstellung der Bearbeitungsdauer zwischen Fällen mit einer 25-Arbeitstage-Frist nach § 18c Absatz 1 Satz 1 und Fällen, in denen eine verkürzte Begutachtungsfrist nach § 18a Absatz 5 und 6 gilt, zu unterscheiden. Zudem ist hier zwischen der Bearbeitungsdauer von Anträgen, die eine erstmalige Einstufung in einen Pflegegrad, und solchen, die eine Höherstufung des Pflegegrades beinhalten, zu differenzieren.

Über die in § 217f Absatz 4 des Fünften Buches angesprochenen Bereiche hinaus werden mit dem neuen Satz 3 zwei zusätzliche Bereiche angesprochen, die für Pflegebedürftige und Pflegepersonen besondere Bedeutung haben. Dies ist zum einen die Pflegeberatung nach § 7a (Nummer 1) und dies sind zum anderen die Pflegekurse nach § 45 (Nummer 2).

Der GKV-Spitzenverband kann darüber hinaus weitere Beratungs- und Unterstützungsangebote der Pflegekassen in die Richtlinie aufnehmen.

Gemäß Nummer 1 sind die Beratungs- und Unterstützungsangebote im Rahmen der Pflegeberatung nach § 7a Teil der Kennzahlen. Personen, die Leistungen der Pflegeversicherung beziehen, einen Antrag auf diese Leistungen stellen oder sich mit dem erklärten Bedarf einer Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit an ihre Pflegekasse wenden, haben gegenüber ihrer Pflegekasse einen Anspruch auf Pflegeberatung nach § 7a, die innerhalb von zwei Wochen zu erbringen ist (§ 7b). Auch Angehörige oder weitere Personen können, ohne die Teilnahme der pflegebedürftigen Person, eine Pflegeberatung in Anspruch nehmen, soweit die pflegebedürftige Person zustimmt. Der Pflegeberatungsanspruch ist ein Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch einen Pflegeberater oder eine Pflegeberaterin bei der Auswahl und Inanspruchnahme von bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind. Die Kennzahlen hierzu sind differenziert nach Art beziehungsweise Ort der Beratung (digital, in der Häuslichkeit oder per Telefon) darzustellen. Anspruchsberechtigten soll durch die Pflegekassen vor der erstmaligen Beratung unverzüglich ein zuständiger Pflegeberater, eine zuständige Pflegeberaterin oder eine sonstige Beratungsstelle benannt werden. Es ist daher von großer Bedeutung für Versicherte, dass die Pflegeberatung konstant in einer hohen Qualität erbracht wird, worüber mit dieser Nummer Transparenz geschaffen werden soll.

Demnach sind Durchführung und Inanspruchnahme der Pflegeberatung nach § 7a darzustellen. Die Darstellung der Durchführung der Beratung soll sich mit darauf beziehen, welche Kapazitäten die Pflegekassen hierfür vorhalten. Die Darstellung der Kapazitäten ist

dabei mindestens bezogen auf die Anzahl der bei der Pflegekasse Versicherten sowie bezogen auf die Anzahl der bei der Pflegekasse versicherten pflegebedürftigen Personen vorzunehmen.

Die Inanspruchnahme bezieht sich darauf, wie viele Menschen die Beratung pro Jahr nutzen. Dabei kann zwischen persönlichen Beratungen bei den Anspruchsberechtigten zu Hause, in Pflegestützpunkten, Pflegeberatungsstellen oder sonst vor Ort sowie digital unterstützten Beratungen (Videoberatung) oder telefonischen Beratungseinsätzen differenziert werden. Dargestellt werden kann auch, ob die Beratung die Anliegen der Beratenen lösen konnte und ob weitere Maßnahmen zur Verbesserung der Situation der Pflegebedürftigen oder Pflegepersonen eingeleitet worden sind.

Nach Nummer 2 ist die Durchführung und Inanspruchnahme der Pflegekurse nach § 45 darzustellen. Die Durchführung der Pflegekurse bezieht sich darauf, welche Kapazitäten die Pflegekassen hierfür über das Jahr hinweg vorhalten und welche Pflegekursanbietenden bei der jeweiligen Pflegekasse zum Einsatz kommen. Die Darstellung der Kapazitäten ist dabei mindestens bezogen auf die Anzahl der bei der Pflegekasse Versicherten sowie bezogen auf die Anzahl der bei der Pflegekasse versicherten pflegebedürftigen Personen vorzunehmen.

Die Inanspruchnahme bezieht sich darauf, wie viele Teilnehmende die Pflegekurse pro Jahr nutzen. Bei der Darstellung soll zum einen die Gesamtzahl angegeben werden. Zum anderen ist mindestens danach zu differenzieren, ob es sich um Schulungskurse vor Ort vor Ort handelt (§ 45 Absatz 1 Satz 1), Schulungen (auch) in der häuslichen Umgebung der pflegebedürftigen Person (§ 45 Absatz 1 Satz 3) oder digitale Pflegekurse (§ 45 Absatz 1 Satz 5 erster Halbsatz). Sofern Kombinationsangebote mit verschiedenen dieser Elemente möglich sind, soll bei der Darstellung darauf hingewiesen werden.

Zu Nummer 4

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Ergänzung eines neuen Absatzes 6 in § 226 SGB V. Die beitragsrechtliche Regelung, wonach Waisenrenten oder entsprechende Hinterbliebenenversorgungsleistungen künftig auch während eines Freiwilligendienstes beitragsfrei gestellt sind, wird auch für die soziale Pflegeversicherung nachvollzogen. Die Beitragsfreiheit besteht innerhalb der Altersgrenzen nach § 10 Absatz 2 Nummer 3 des Fünften Buches und setzt voraus, dass durch die Ableistung eines Freiwilligendienstes vorrangig eine Versicherungspflicht als Beschäftigter eintritt.

Zu Artikel 3 (Änderung der Bundeshaushaltsordnung)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Ergänzung des § 274 Absatz 4 SGB V zu Klarstellungszwecken. § 112 Absatz 1 der Bundeshaushaltsordnung (BHO) sieht derzeit lediglich Prüfrechte des BRH gegenüber den bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträgern, ihren Verbänden und Arbeitsgemeinschaften vor. Satz 3 schließt die Anwendung der BHO auf sonstige Vereinigungen auf dem Gebiet der Sozialversicherung ausdrücklich aus. Durch die Einfügung eines Vorbehalts zugunsten besonderer Regelungen im Recht der GKV wird ein Widerspruch zum neuen § 274 Absatz 4 SGB V vermieden, der mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, den MD, dem MD Bund und dem G-BA weitere Vereinigungen des öffentlichen Rechts aus dem Bereich der GKV der Prüfung durch den BRH unterstellt.

Zu Artikel 4 (Änderung des Arzneimittelgesetzes)

Das Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz und das BMG haben sich über den Übergang der federführenden Zuständigkeit für die Arzneimittelpreisverordnung geeinigt. Mit der Änderung wird diese Einigung nachvollzogen und die Zuständigkeit für etwaige Veränderungsänderungen auf das BMG übertragen.

Zu Artikel 5 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Die Regelung, die Kosten durchgeführter Testungen auf das Coronavirus SARS-CoV-2 bei Patientinnen und Patienten, die zur voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden, separat über ein Zusatzentgelt zu vergüten, wird aufgehoben. Wie andere pandemiebedingte Sonderregelungen ist auch diese Regelung nach dem Ende der COVID-19-Pandemie nicht mehr erforderlich. Zukünftig werden für Testungen auf das Coronavirus SARS-CoV-2 entstehende Kosten systemkonsistent im Rahmen des Vollkostenansatzes der Kalkulation berücksichtigt.

Zu Artikel 6 (Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte)

Vulnerable Patientinnen und Patienten sind in besonders hohem Maß auf eine flächendeckende, zielgerichtete und niedrigschwellige psychotherapeutische Versorgung angewiesen. Dazu gehören einerseits Kinder und Jugendliche im Allgemeinen, deren besonderen Versorgungsbedürfnissen mit der Regelung zur separaten Bedarfsplanung zukünftig besser Rechnung getragen werden kann. Zugleich haben bestimmte Patientinnen und Patienten aufgrund ihrer persönlichen und sozialen Lebensumstände einen besonders erschwerten Zugang zur psychotherapeutischen und psychiatrischen vertragsärztlichen Versorgung. Zur Schließung dieser Versorgungslücke für besonders vulnerable Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung werden daher als Bestandteil des Gesamtregelungspaketes zur Verbesserung der psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung zusätzliche Versorgungsaufträge ermöglicht. Dazu werden die geltenden Ermächtigungstatbestände durch eine weitere, zielgerichtete Ausnahmeregelung ergänzt. Durch die Beschränkung der neuen Ermächtigung auf die ausschließliche Behandlung einer gesetzlich definierten Patientengruppe sowie durch die verpflichtende Kooperation mit geeigneten Einrichtungen wird sichergestellt, dass die zusätzlichen Versorgungsangebote zielgerichtet und niedrigschwellig für die adressierten Patientengruppen zur Verfügung stehen. Die Erweiterung der Versorgungsangebote stärkt damit in Ergänzung zur zukünftig separaten Bedarfsplanung von Kindern und Jugendlichen auch die Sicherstellung einer bedarfsgerechten allgemeinen vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten insgesamt.

Zu diesem Zweck ist die Ermächtigung beschränkt auf die psychotherapeutische und psychiatrische Behandlung von Patientinnen und Patienten, die intellektuell beeinträchtigt sind (insbesondere Menschen mit geistiger Behinderung), unter einer bestehenden Suchterkrankung leiden oder die aufgrund eines erheblich eingeschränkten Funktionsniveaus sozial benachteiligt sind. Die zuletzt genannte Gruppe ist durch ein beeinträchtigtes allgemeines Funktionsniveau charakterisiert, dessen Ausmaß insbesondere anhand der GAF-Skala (Global Assessment of Functioning Scale) näher erfasst werden kann. Hierbei wird als Orientierungswert für erhebliche Einschränkungen des psychosozialen Funktionsniveaus zu meist ein GAF-Wert von höchstens 50 angesehen. Entsprechende Beeinträchtigungen können sich beispielsweise als (vollständige) Leistungsunfähigkeit in beruflichen und privaten Bereichen bis hin zur Wohnungslosigkeit, Selbst- und Fremdgefährdung oder Einschränkungen in der Kommunikation darstellen. Diese psychischen, sozialen und beruflichen Funktionseinschränkungen können zu sozialer Benachteiligung der Patientinnen und Patienten führen und als zusätzliche Barriere für den Zugang zu psychotherapeutischer und psychiatrischer Versorgung wirken. Ergänzende Indikatoren für das erheblich eingeschränkte Funktionsniveau können neben der GAF-Skala auch beispielsweise mehrfache stationäre Aufenthalte in psychiatrischen Krankenhäusern oder der Einsatz von Zwangsmaßnahmen bei Eigen- oder Fremdgefährdung sein.

Die Zulassungsausschüsse sind verpflichtet, geeignete Leistungserbringer zur Behandlung der genannten Patientengruppen auf Antrag zu ermächtigen. Ermächtigt werden können Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (vgl. § 1 Absatz 3 Nummer 1) mit einer für die psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung erforderlichen abgeschlossenen Aus- oder Weiterbildung. Die Ermächtigung ist gemäß Absatz 7 Satz 1 durch den Zulassungsausschuss zeitlich, räumlich und ihrem Umfang nach zu

bestimmen. Dies umfasst insbesondere auch die Konkretisierung des von der Ermächtigung umfassten Patientenkreises entlang der genannten Kriterien sowie die darauf bezogene Nachprüfbarkeit der Einhaltung der Begrenzung der Leistungserbringung und -abrechnung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die von der Regelung umfassten Patientengruppen können sich aufgrund ihrer Erkrankung bzw. Beeinträchtigung oft nicht ausreichend im Gesundheitswesen orientieren und Behandlungsangebote durch Einschränkung der aktiven Kontaktaufnahme nicht wahrnehmen. Voraussetzung für die Erteilung der Ermächtigung ist daher nach Satz 4, dass die Antragstellerin oder der Antragsteller eine Kooperationsvereinbarung mit einem MZEB (§ 119c SGB V), einer Einrichtung der Suchthilfe, der Krisenhilfe, der sozialpsychiatrischen Dienste oder einer vergleichbaren Einrichtung nachweisen kann. Vergleichbare Einrichtungen können beispielsweise Einrichtungen der Eingliederungshilfe, Wohnungslosenhilfe, des betreuten Wohnens oder psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen sein. Die verpflichtende Kooperationsvereinbarung zielt darauf ab, dass Patientinnen und Patienten über bestehende Angebote informiert werden und dass – neben den regulären Zugangsmöglichkeiten beispielsweise über eine direkte Kontaktaufnahme zum Leistungserbringer oder das Entlassmanagement – eine niedrighschwellige Vermittlung von Patientinnen und Patienten durch geeignete Einrichtungen oder Dienste an die ermächtigten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Ärztinnen und Ärzte stattfindet. Daneben kann in der Kooperationsvereinbarung beispielsweise auch die Nutzung von Räumlichkeiten der kooperierenden Einrichtung zur Behandlung der Patientinnen und Patienten durch den ermächtigten Leistungserbringer vereinbart werden. Zur umfassenden Versorgung der adressierten Patientinnen und Patienten kann außerdem die Einbindung des ermächtigten Leistungserbringers in eine multiprofessionelle Netzwerkstruktur wie beispielsweise einen gemeindepsychiatrischen Verbund sinnvoll sein. Auch dies könnte im Rahmen der Kooperation vereinbart werden.

Zu Artikel 7 (Inkrafttreten)

Das Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.