



## Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

zum

Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung  
der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Ge-  
sundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG)

Stand: 30.4.2024

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Allgemeiner Teil .....</b>	<b>3</b>
<b>2. Kommentierung des Gesetzes .....</b>	<b>6</b>
• Zu Artikel 1 Nr. 2 § 33 Absatz 5c SGB V NEU (Hilfsmittel) .....	6
• Zu Artikel 1 Nr. 4 § 53 Absatz 3 SGB V (Wahltarife).....	7
• Zu Artikel 1 Nr. 6 § 65a SGB V (Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten) .....	8
• Zu Artikel 1 Nr. 8 § 87 SGB V (Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte).....	9
• Zu Artikel 1 Nr. 9 § 87a SGB V (Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten) .....	11
• Zu Artikel 1 Nr. 10 § 87b Absatz 1 Satz 3 SGB V (Vergütung der Ärzte (Honorarverteilung)).....	18
• Zu Artikel 1 Nr. 14 § 96 Absatz 2a SGB V (Zulassungsausschüsse) ...	19
• Zu Artikel 1 Nr. 15 § 101 SGB V (Überversorgung).....	20
• Zu Artikel 1 Nr. 16 § 105 SGB V (Förderung der vertragsärztlichen Versorgung) .....	21
• Zu Artikel 1 Nr. 17 § 106b Absatz 2 Satz 2 SGB V (Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen) .....	22
• Zu Artikel 1 Nr. 18 § 116b Absatz 5a und 5b SGB V NEU (Ambulante spezialfachärztliche Versorgung) .....	23
• Zu Artikel 1 Nr. 21 § 137f Absatz 1 SGB V (Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten).....	24
• Zu Artikel 1 Nr. 25 § 226 Absatz 6 SGB V NEU (Beitragspflichtige Einnahmen versicherungspflichtig Beschäftigter) .....	25
<b>3. Ergänzender Änderungsbedarf .....</b>	<b>26</b>
• § 9 SGB V (Freiwillige Versicherung) .....	26
• § 10 SGB V (Familienversicherung) .....	28
• § 87 Absatz 1 und § 92 Absatz 6a Satz 6 SGB V (Einführung eines digitalen Antrags- und Gutachterverfahrens in der Psychotherapie).....	29
• § 101 Absatz 4 SGB V (Förderung der systemischen Therapie).....	31

## 1. Allgemeiner Teil

Am 12.4.2024 hat das Bundesgesundheitsministerium (BMG) den Referentenentwurf für ein Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) versandt. Im Vergleich zum vorher bekannten, nicht ressortabgestimmten Entwurf (Stand 21.3.2024) sind wesentlich Teile nicht mehr enthalten. Gestrichen wurden die Schaffung von Rechtsgrundlagen für Gesundheitskioske und Primärversorgungszentren sowie für Verträge zur regionalen Versorgung. Auch eine Teilfinanzierung von Medizinstudienplätzen durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) findet sich nicht mehr in dem Entwurf.

Unverändert geblieben ist die Reform der hausärztlichen Vergütung (Entbudgetierung, Versorgungs- und Vorhaltepauschale) sowie die Bonifizierung der hausarztzentrierten Versorgung (HZV), die Einschränkung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen, die Veröffentlichung von einheitlichen Kennzahlen zur Service- und Leistungsqualität der GKV, die Veränderung der Beteiligungsregelungen beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) sowie weitere Regelungen.

Der vdek begrüßt den Verzicht auf neue Angebote, deren Mehrwert in keinem Verhältnis zu den Kosten steht. Sachlich richtig ist auch, dass die Finanzierung weiterer staatlicher Ausgaben durch die GKV-Mitglieder und ihre Arbeitgeber:innen abgewendet wurde. Mit Blick auf die entfallene Regelung zu sogenannten Primärversorgungszentren merkt der vdek jedoch an, dass eine bessere Vernetzung bei Versorgungsproblemen positiv wirken würde. Die Ersatzkassen verfolgen deshalb das Konzept der Regionalen Gesundheitszentren (RGZ), das demselben Ziel dient, hierzu jedoch konkrete, bedarfsgerechte Strukturvorgaben vorsieht.

Der vdek sieht für den Referentenentwurf weiteren Korrekturbedarf. Insbesondere die Reform hausärztlicher Honorierungen bewertet der vdek kritisch. Die geplante Entbudgetierung wird für die Versicherten zu keiner spürbaren Verbesserung in der hausärztlichen Versorgung führen. In den meisten Regionen werden die erbrachten Leistungen bereits nahezu vollständig und unquotiert vergütet, zum Teil werden die zur Verfügung gestellten Mittel auch gar nicht ausgeschöpft. Finanzielle Anreize haben in diesen Regionen nicht zu einem erhöhten Niederlassungsverhalten geführt. Derzeit kommt eine Budgetierung vorwiegend in Ballungsgebieten zur Anwendung. Der Sinn, gerade dort, wo bereits eine Überversorgung besteht, für Vergütungsverbesserungen zu sorgen, kann nicht nachvollzogen werden. Vielmehr wird ein kontraproduktiver Anreiz

gesetzt, sich in diesen überversorgten Gebieten zu betätigen und nicht dort, wo jetzt Versorgungsengpässe bestehen und zukünftig wachsen werden.

Die jahresbezogene Chronikerpauschale ist sinnvoll, wenn medizinisch nicht notwendige Arztbesuche vermieden werden können. Der vdek mahnt jedoch eine kostenneutrale Umsetzung an. Dies gilt auch für die Vorhaltepauschale. Durch die Festlegung klarer Standards bei der Auszahlung der Pauschale können Anreize für Leistungserbringende geschaffen werden, eine hochwertige und leistungsfähige hausärztliche Versorgung anzubieten. Es sollte jedoch sichergestellt werden, dass dadurch keine Mehrkosten für die GKV anfallen.

Der ebenfalls vorgesehene Bonus für die Teilnahme an der HZV wird abgelehnt. Derzeitige Auswertungen der Wirkung bestehender HZV-Verträge ergeben keine Hinweise auf Einsparungen und signifikante Effizienzsteigerungen. Die Verträge verursachen sogar höhere Kosten als die Regelversorgung. Zielsetzung der Teilnahme an der HZV soll in erster Linie ein reell erlebter Versorgungsmehrwert für die Versicherten sein. Ergänzende finanzielle Anreize hält der vdek für nicht erforderlich. Legt man allein die aktuellen Teilnehmendenzahlen in Höhe von über 6 Millionen Versicherten für die Berechnung zugrunde, entstünden der GKV jährliche Mehrkosten von über 180 Millionen Euro.

Durch die Erhöhung der Mindest-Grenze auf 300 Euro pro Betriebsstättennummer, Krankenkasse und Quartal werden die Wirtschaftlichkeitsprüfungen von ärztlichen Leistungen weitgehend eingeschränkt. Dies lehnt der vdek strikt ab. Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen erfüllen einen wichtigen Zweck. Sie überprüfen, ob ärztlich verordnete Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind. Sie schützen damit die Mitglieder der GKV vor Überforderung. Derzeit befasst sich die Mehrheit der Prüfaufträge mit Verordnungen, deren Wert unter 300 Euro liegen. Zukünftig würden daher viele Verordnungen ungeprüft bleiben. Der GKV wird die Möglichkeit genommen, ihren gesetzlichen Auftrag wahrzunehmen.

Die Vereinfachung der Gründung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) unter kommunaler Leitung wird positiv bewertet. Die Bildung einer eigenen bedarfsplanerischen Arztgruppe der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen wird ebenfalls begrüßt. Durch die Schaffung einer eigenen Arztgruppe wird auch in der Bedarfsplanung transparent, wo und wie viele Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen erforderlich sind.

Die Ausweitung der Antrags- und Beratungsrechte auf Berufsorganisationen der Pflegeberufe durch den G-BA sowie die erweiterten Befugnisse der Patientenvertretung und die ausgedehnten Stellungnahmerechte der wissenschaftlichen Fachgesellschaften können die Legitimität der Entscheidungen des G-BA erhöhen. Jedoch führen sie auch zu einer Steigerung der Komplexität und verlängern die Verfahren. Angesichts bereits bestehender Fristen im Bereich der Methodenbewertung und der politischen Kritik an den langen Entscheidungszeiträumen des G-BA könnte die beschriebene Ausweitung auch kontraproduktiv wirken.

Die Erweiterung der Beteiligungsmöglichkeiten der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden in den Zulassungsausschüssen sieht der vdek als nicht notwendig an. Das bestehende Mitberatungsrecht ist ausreichend, um vollständig die versorgungsrelevanten Erkenntnisse einbringen zu können. Es lässt sich nicht nachvollziehen, warum die obersten Landesbehörden mehr Informationen einbringen könnten, die den ehrenamtlichen Vertretern der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) nicht vorliegen.

#### Finanzwirkung (laut Angaben im Entwurf)

- Entbudgetierung der hausärztlichen Leistungen: jährlichen Mehrausgaben der GKV in einem unteren dreistelligen Millionenbetrag
- Erhöhung der Geringfügigkeitsgrenze bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen: jährlichen Kosten von 3 Millionen Euro
- Separate Bedarfsplanung von Ärzt:innen sowie Psychotherapeut:innen, die Kinder und Jugendliche behandeln (zusätzliche ambulante Niederlassungsmöglichkeiten): jährliche Mehrausgaben in Höhe eines niedrigen bis mittleren zweistelligen Millionenbetrags ab 2026
- Streichung des Zusatzentgelts für Coronavirus-Tests im Krankenhaus: Ab 2025 jährliche Einsparungen in Höhe eines niedrigen dreistelligen Millionenbetrags.

Die Einführung eines Bonus für die Teilnahme an der HZV sieht das BMG als nicht bezifferbar an. Auch der Wegfall des Kontrolleffekt bei weitgehender Einschränkung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen bleibt außen vor.

## 2. Kommentierung des Gesetzes

Zu Artikel 1 Nr. 2

§ 33 Absatz 5c SGB V NEU (Hilfsmittel)

### **Beabsichtigte Neureglung**

Für Versicherte, die in einem sozialpädiatrischen Zentrum behandelt werden, soll die Hilfsmittelversorgung nach einer Empfehlung der behandelnden Ärzt:innen ohne Einschaltung des Medizinischen Dienstes (MD) genehmigt werden.

### **Bewertung**

Allein mit einer Empfehlung der behandelnden Ärzt:innen ist nicht immer eine sachgerechte und individuelle qualitätsgesicherte Hilfsmittelversorgung möglich. In vielen Fällen sind heute schon Nachfragen notwendig. Die Krankenkassen können sich in diesen Fällen vom MD beraten lassen. Daher führt diese Regelung nicht zu einer besseren und schnelleren Versorgung.

### **Änderungsvorschlag**

Streichung der Regelung

Zu Artikel 1 Nr. 4

§ 53 Absatz 3 SGB V (Wahltarife)

### **Beabsichtigte Neureglung**

Bei dieser Vorschrift handelt es sich um eine Folgeänderung, die aus der Neuregelung zum § 65a SGB V (s. Artikel 1 Nummer 6) resultiert, durch welche die Krankenkassen verpflichtet werden sollen, einen Bonus für die Teilnahme an der HZV nach § 73b SGB V in Höhe von mindestens 30 Euro je Kalenderjahr und Versicherten zu gewähren. Bisher war eine Bonifizierung für die Krankenkassen im Rahmen von Wahltarifen im Falle des Nachweises positiver Wirtschaftlichkeitseffekte und Effizienzen verpflichtend und daran geknüpft, dass die zu erwartenden Einsparungen und Effizienzsteigerungen die zu erwartenden Aufwendungen für den Wahltarif übersteigen.

### **Bewertung**

Die bisherige Regelung, die in der aktuellen Fassung erst seit 2019 existiert und nun in einen obligatorischen Gesundheitsbonus für die Teilnahme an der HZV nach § 73b SGB V in Höhe von mindestens 30 Euro je Kalenderjahr überführt werden soll, ist aus Sicht der Ersatzkassen abzulehnen. Die Mittel des § 53 Absatz 3 Satz 5 und 6 SGB V scheinen für die Zielsetzung nicht vollständig ausgeschöpft, was darauf hindeutet, dass positive Wirtschaftlichkeitseffekte für die Teilnahme an der HZV nach § 73b SGB V in weiten Teilen nicht feststellbar sind. Die bisherige Regelung einer möglichen Prämienzahlung in Form von Wahltarifen ist hinsichtlich der beschriebenen Zielsetzung zur Förderung der HZV im Falle von Einsparungen und Effizienzsteigerungen ausreichend und zweckdienlich.

### **Änderungsvorschlag**

Artikel 1 Nummer 4 wird gestrichen.

Zu Artikel 1 Nr. 6

§ 65a SGB V (Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten)

### **Beabsichtigte Neureglung**

Krankenkassen sollen verpflichtet werden, ihren Versicherten, die an der HZV nach § 73b SGB V teilnehmen, einen Bonus in Höhe von mindestens 30 Euro kalenderjährlich zu gewähren, um die HZV weiter zu stärken. Die monetären Aufwendungen für die Bonifizierung der Teilnahme sollen aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die durch die HZV-Verträge erzielt werden sollen, finanziert werden. Über die erzielten Einsparungen haben die Krankenkassen der Aufsichtsbehörde mindestens alle drei Jahre Rechenschaft abzulegen. Sollten aus den Verträgen keine Einsparungen erzielt werden, ist eine Bonifizierung der Teilnahme an der HZV nicht möglich.

### **Bewertung**

Die Überführung der Bonifizierung der Teilnahme an der HZV nach § 73b SGB V in einen obligatorischen Gesundheitsbonus in Höhe von mindestens 30 Euro wird durch die Ersatzkassen abgelehnt.

Mit der bisherigen Regelung zur Prämierung der Teilnahme an der HZV im Rahmen von Wahlтарifen nach § 53 SGB V besteht bereits heute die Pflicht, Versicherten eine Prämie zu gewähren, wenn nachgewiesen werden konnte, dass die zu erwartenden Einsparungen und Effizienzsteigerungen aus der Teilnahme an der HZV die zu erwartenden Aufwendungen für den Wahlтарif übersteigen. Derzeitige Auswertungen der Wirkung bestehender HZV-Verträge ergeben keine Hinweise auf solche Einsparungen und signifikante Effizienzsteigerungen. Die Verträge verursachen sogar höhere Kosten als die Regelversorgung. Wenn bereits heute klar ist, dass HZV-Verträge unwirtschaftlich sind, dürfen die Krankenkassen nicht gezwungen werden, zunächst für drei Jahre einen Bonus auszus zahlen. Zielsetzung der Teilnahme an der HZV nach § 73b SGB V soll in erster Linie ein reell erlebter Versorgungsmehrwert für die Versicherten sein und nicht ein finanzieller Anreiz.

Die bisherige Regelung einer Bonifizierung in Form von Wahlтарifen ist hinsichtlich der beschriebenen Zielsetzung zur Förderung der HZV ausreichend und zweckdienlich. Eine ergänzende obligatorische finanzielle Förderung ist in diesem Rahmen aus Sicht der Ersatzkassen nicht zielführend.

### **Änderungsvorschlag**

Artikel 1 Nummer 6 wird gestrichen.



Zu Artikel 1 Nr. 8

§ 87 SGB V (Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundes-einheitliche Orientierungswerte)

### **Beabsichtigte Neureglung**

a) Es soll eine jährliche Versorgungspauschale für Versicherte, bei denen mindestens eine lang andauernde, lebensverändernde Erkrankung vorliegt und die einer kontinuierlichen Versorgung mit einem bestimmten Arzneimittel bedürfen, eingeführt werden.

c) Im hausärztlichen Bereich soll eine einmalig abzurechnende Vorhaltepauschale je Versicherten eingeführt werden. Die Abrechenbarkeit wird an die Erfüllung bestimmter Kriterien wie Praxisöffnungszeiten und Hausbesuchstätigkeit geknüpft; die Pauschale kann dabei auch je nach Erfüllung dieser Kriterien in unterschiedlichen Differenzierungen eingeführt werden. Eventuell frei werdende Mittel sind für Zuschläge für besonders förderungswürdige Leistungen zu verwenden, die Hausärzt:innen erhalten können, die auch die genannten Kriterien erfüllen.

### **Bewertung**

a) Das Ansinnen des Gesetzgebers, durch die Einführung einer jährlichen Versorgungspauschale die Zahl medizinisch nicht notwendiger Arzt-Kontakte bei chronisch kranken Versicherten zu verringern, ist positiv zu bewerten. Gleichzeitig sollte klargestellt werden, dass eine solche Regelung gegenüber dem Status quo insgesamt keine Mehrausgaben verursachen darf. Eine vorgeschaltete Prüfung eines Konzeptes durch das BMG ist nicht sachgerecht. Dem BMG stehen nach Beschlussfassung ausreichende aufsichtsrechtliche Mittel gegenüber dem Bewertungsausschuss zur Verfügung.

Die Einführung einer jahresbezogenen Versorgungspauschale kann im morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) zu Verwerfungen führen, da ggf. weniger quartalsweise diagnostiziert und damit das M2Q-Kriterium im ambulanten Bereich weniger häufig erfüllt wird. Dies ist im weiteren Verlauf zu berücksichtigen.

c) Die Festlegung klarer Standards – gerade bei Haus- und Pflegeheimbesuchen, der Schwerpunktsetzung auf originär hausärztliche Leistungen und die Nutzung digitaler Anwendungen – dient der Sicherstellung einer hochwertigen und leistungsfähigen hausärztlichen Versorgung. Es ist daher sachgerecht, Anreize für vertragsärztliche Leistungserbringende zu schaffen, diese Kriterien zu

erfüllen. Gleichzeitig muss bereits bei der Beschlussfassung sichergestellt werden, dass auch bei der Einführung einer Vorhaltepauschale Mehrkosten vermieden werden. Es ist daher positiv zu bewerten, dass der Gesetzgeber eher von freiwerdenden Finanzmitteln durch diese Neuregelung ausgeht. Die zielgerichtete Verwendung solcher Mittel im Sinne von Zuschlägen ist nachvollziehbar.

### **Änderungsvorschlag**

a) Nach Satz 7 wird folgender Satz eingefügt: „Der Beschluss nach Satz 5ff. ist so auszugestalten, dass er nicht zu Mehrausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung führt.“

Die Sätze 8 bis 11 werden gestrichen.

In Satz 12 werden die Wörter „im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit“ gestrichen.

c) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Der Beschluss nach Satz 1f. ist so auszugestalten, dass er nicht zu Mehrausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung führt.“

Zu Artikel 1 Nr. 9

§ 87a SGB V (Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten)

### **Beabsichtigte Neureglung**

b) cc) Im Falle nicht ausgeschöpfter Mittel über einen Zeitraum von vier aufeinanderfolgenden Quartalen verhandeln die Vertragspartner über Zuschläge zur Förderung der Kinder- und Jugendmedizin.

c) Die Änderung regelt die zukünftig unbudgetierte Vergütung der Leistungen der hausärztlichen Versorgung mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung. Diese Leistungen unterliegen somit nicht mehr der Zahlung mit befreiender Wirkung. Reicht die für diese Leistungen festgelegte Teil-MGV nicht aus, um die angeforderten Leistungen vollständig mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung zu vergüten, leisten die Krankenkassen zusätzlich Ausgleichszahlungen. Sofern der hausärztliche Leistungsbedarf eines Jahres die festgesetzte morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) für diese Leistungen nicht ausschöpft, verhandeln die Vertragspartner über Zuschläge zur Förderung der hausärztlichen Versorgung. Der Bewertungsausschuss hat zur genauen Ausgestaltung Vorgaben zu beschließen.

### **Bewertung**

b) cc) Die bisherige Regelung sieht vor, dass im Falle nicht ausgeschöpfter Mittel Förderzuschläge zu vereinbaren sind. Die neue Formulierung sieht ein Verhandlungsergebnis vor. Offen ist, was mit den nicht ausgeschöpften Mitteln passiert, wenn keine Zuschläge vereinbart werden. Diese müssten dann folgerichtig an die Kassen zurückfließen bzw. gutgeschrieben werden, da der Grundsatz der Zahlung mit befreiender Wirkung hier aufgehoben ist. Die Ausweitung der Regelung von einem auf vier aufeinander folgende Quartale schmälert allerdings die Wahrscheinlichkeit, dass dieser Fall überhaupt auftritt, da saisonale Effekte ausgeglichen werden. Es wird begrüßt, dass Überzahlungen nicht automatisch an die Ärzt:innen auszuschütten sind, allerdings ist die Regelung noch zu vage. Es sollte vorgesehen werden, dass Unterschreitungen in Verbindung mit den Ausgleichszahlungen zu verrechnen sind.

c) Die beabsichtigte Neuregelung wird grundsätzlich abgelehnt. Die derzeitige Vergütung der Leistungen des hausärztlichen Versorgungsbereichs erfolgt bereits bedarfsgerecht. In den meisten Regionen werden die erbrachten Leistungen bereits nahezu vollständig und unquotiert vergütet, zum Teil werden die

zur Verfügung gestellten Mittel auch gar nicht ausgeschöpft. Finanzielle Anreize haben in diesen Regionen nicht zu einem erhöhten Niederlassungsverhalten geführt. Vor allem in Ballungsgebieten kommt eine Budgetierung derzeit zur Anwendung. Vergütungsverbesserungen in diesen bereits überversorgten Regionen führen nur zu Fehlsteuerung und Fehl- und Überversorgung. Die Regelung, die hausärztliche Leistungen in voller Höhe nach den Preisen der Euro-Gebührenordnung zu vergüten und die Krankenkassen zu einer Übernahme der Mehrkosten zu verpflichten, hat dieselben finanziellen Auswirkungen wie eine Vergütung außerhalb der MGV („Entbudgetierung“). Die beabsichtigte Neuregelung geht, wie auch bei der Kinder- und Jugendmedizin, erstmals umgesetzt, noch darüber hinaus, indem Honorargarantien gegeben werden, die unabhängig von der tatsächlichen Leistungsanspruchnahme zu vergüten sind. Die Regelung sieht vor, dass für die erstmalige Festsetzung der Teil-MGV der ausgezahlte Honoraranteil für die hausärztlichen MGV-Leistungen gemäß Honorarverteilungsmaßstab über vier Quartale des Vorjahres bestimmt und mit dem vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf multipliziert wird.

Honorarangaben zur Grundlage der zukünftigen Finanzierung zu machen, wird äußerst kritisch gesehen. Die Bemessung des auf die Leistungen des hausärztlichen Versorgungsbereichs entfallenden Teils der MGV ist von entscheidender Bedeutung für die Höhe der Ausgleichszahlungen und muss daher nach überprüfbareren Regeln ohne strategische Einflussmöglichkeiten erfolgen. Den Krankenkassen fehlen geeignete Honorardaten sowie das Mitspracherecht auf regionaler Ebene bei der Honorarverteilung. Zulässige Ausgleichsmaßnahmen wie das Bilden und Auflösen von Rückstellungen und das Gewähren von Sicherstellungszuschlägen, um nicht vorhersehbare Schwankungen bei der Honorierung der Ärzte abzufangen, ermöglichen den KVen, auf die Höhe der zu bildenden Teil-MGV zu ihren Gunsten einzuwirken. Vor diesem Hintergrund ist für die Bemessung des Honoraranteils nicht das Vorjahr heranzuziehen, sondern das bereits abgelaufene Jahr 2023, um weitere Einflussmöglichkeiten der KVen zu verhindern.

Die vorgesehene Evaluation der Maßnahmen durch den Bewertungsausschuss wird begrüßt. Darüber hinaus sind zusätzliche Datenlieferungen vorzusehen, die dauerhaft analog der Daten nach § 87a Absatz 6 SGB V die arztseitige Rechnungslegung (Honorardaten) umfassen.

Die Mehrausgaben für den hausärztlichen Versorgungsbereich sind schwer zu prognostizieren, insbesondere auch vor dem Hintergrund der neu einzuführenden Versorgungs- und Vorhaltepauschalen.

### **Änderungsvorschlag**

b) cc) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Soweit die in Satz 1 genannten abgerechneten Leistungen die festgesetzte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung nicht ausschöpfen, werden die Überzahlungen eines Quartals gutgeschrieben und mit den Ausgleichszahlungen des Folgequartals verrechnet. Verbleibt nach Ablauf eines Kalenderjahres eine Unterschreitung, so erhalten die Krankenkassen nach ihrem jeweiligen Leistungsmengenbezogenen Anteil die nicht benötigten Zahlungen zurück.“

c) Der neu eingefügte Absatz 3c wird ersatzlos gestrichen. Sofern der Gesetzgeber der Streichung nicht folgt, wird § 87a Absatz 3c wie folgt gefasst:

„<sup>1</sup>Die in § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz genannten und, nach sachlicher und rechnerischer Prüfung anerkannten, abgerechneten Leistungen der hausärztlichen Versorgung (hausärztlicher Leistungsbedarf) sind ab dem [einsetzen: Datum des ersten Tages des 3. auf die Verkündung folgenden Kalendervierteljahres] von den Krankenkassen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 unter Berücksichtigung der Abschläge nach Satz 14 vollständig zu vergüten.

<sup>2</sup>Abweichend von § 85 Absatz 1 und abweichend von Absatz 3 Satz 1 wird die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung hinsichtlich der in § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz genannten Leistungen der hausärztlichen Versorgung nicht mit befreiender Wirkung gezahlt. <sup>3</sup>Die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragsparteien verhandeln über Zuschläge zur Förderung der hausärztlichen Versorgung, soweit im jeweils zweiten Kalendervierteljahr eines Jahres der hausärztliche Leistungsbedarf die festgesetzte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung hinsichtlich der in § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz genannten Leistungen der hausärztlichen Versorgung zuzüglich etwaiger im jeweiligen Vorquartal nicht ausgeschöpfter Mittel nicht ausschöpft.

<sup>4</sup>Für die erstmalige Festsetzung der auf die in § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz genannten Leistungen der hausärztlichen Versorgung im Zeitraum vom [einsetzen: Datum des ersten Tages des 3. auf die Verkündung folgenden Kalendervierteljahres] bis [einsetzen: Datum des letzten Tages des 6. auf die

Verkündung folgenden Kalendervierteljahres] entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung ist der prozentuale Anteil des Honorarvolumens, das für den hausärztlichen Leistungsbedarf der in § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz genannten Leistungen einschließlich sämtlicher auf diese entfallender leistungsbezogener und nicht leistungsbezogener Zuschläge und zusätzlichen Honorarauszahlungen im entsprechenden Quartal des Jahres 2023 gemäß dem Verteilungsmaßstab ausgezahlt worden ist, am Honorarvolumen aller Arztgruppen des entsprechenden Quartals des Jahres 2023 für den Leistungsbedarf aller Arztgruppen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung einschließlich sämtlicher auf diese entfallender leistungsbezogener und nicht leistungsbezogener Zuschläge und zusätzlichen Honorarauszahlungen zu bestimmen und mit der nach Absatz 3 Satz 1 für das jeweilige aktuelle Quartal vereinbarten und bereinigten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu multiplizieren.

<sup>5</sup>Soweit die insgesamt vereinbarte Veränderung des Behandlungsbedarfs nach Absatz 4 Satz 1 Nummern 1 bis 5 einschließlich Abgrenzungsänderungen der nach Absatz 3 Satz 6 geförderten Leistungen für das jeweilige Quartal gegenüber dem entsprechenden Quartal des Jahres 2023 von der den anteiligen Behandlungsbedarf für die in § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz genannten Leistungen der hausärztlichen Versorgung betreffenden Veränderung abweicht, ist der nach Satz 4 zu bestimmende Anteil des Honorarvolumens entsprechend anzupassen.

<sup>6</sup>Satz 5 gilt für die gesetzlich vorgesehenen Bereinigungen des Behandlungsbedarfs entsprechend.

<sup>7</sup>Sofern das Honorarvolumen für die in § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz genannten Leistungen der hausärztlichen Versorgung in dem jeweiligen Quartal der erstmaligen Festsetzung entsprechenden Quartal des Jahres 2023 leistungsbezogene und nicht leistungsbezogene Zuschläge und zusätzliche Honorarauszahlungen enthält, haben die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 diese Zuschläge in der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vereinbaren.

<sup>8</sup>Für die Zuschläge nach den Sätzen 3 und 7 sowie nach Absatz 2 Satz 2 und 3 gilt Satz 2 nicht.

<sup>9</sup>Der Bewertungsausschuss beschließt bis zum [einsetzen: Datum des ersten Tages des 3. auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] Vorgaben für ein Verfahren zur Festsetzung der auf die in § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz genannten Leistungen der hausärztlichen Versorgung entfallenden

morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die erstmalig zum [einsetzen: Datum des ersten Tages des 3. auf die Verkündung folgenden Kalendervierteljahres] für das laufende Kalenderjahr und danach jährlich für das folgende Kalenderjahr zu erfolgen hat.

<sup>10</sup>Die Vorgaben nach Satz 9 zur jährlichen Fortschreibung der auf die in § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz genannten Leistungen der hausärztlichen Versorgung entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung haben insbesondere die vereinbarten Anpassungen des Punktwertes und des Behandlungsbedarfs, der auf die in § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz genannten Leistungen der hausärztlichen Versorgung entfällt, sowie darauf entfallende Bereinigungen zu berücksichtigen.

<sup>11</sup>Wenn und soweit in dem Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung die Differenz zwischen der festgesetzten, auf die § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz genannten Leistungen der hausärztlichen Versorgung entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung einschließlich der Zuschläge nach den Sätzen 3 und 7 zuzüglich Unterschreitungen der auf die in § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz genannten Leistungen der hausärztlichen Versorgung entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung durch den entsprechenden Leistungsbedarf im jeweiligen Vorquartal, soweit diese noch nicht durch Zuschläge nach Satz 3 ausgezahlt worden sind, einerseits und dem mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 unter Berücksichtigung der Abschläge nach Satz 14 bewerteten hausärztlichen Leistungsbedarf ausschließlich der Zuschläge nach den Sätzen 3 und 7 andererseits den Wert von null unterschreitet, leisten die Krankenkassen entsprechend ihres leistungsmengenbezogenen Anteils und des Verfahrens nach Satz 12 Ausgleichszahlungen, um die vollständige Vergütung des hausärztlichen Leistungsbedarfs zu gewährleisten; dabei sind die Ausgleichszahlungen in einem KV-Bezirk insgesamt in der Höhe zu bemessen, dass die Summe dieser Ausgleichszahlungen und der Differenz im ersten Halbsatz zusammen null ergibt.

<sup>12 (neu)</sup>Der Bewertungsausschuss beschließt bis zum [einsetzen: Datum des ersten Tages des 3. auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung des auf die jeweilige Krankenkasse entfallenden Anteils an Ausgleichszahlungen, der sich nach ihrem jeweiligen leistungsmengenbezogenen Anteil an dieser Ausgleichszahlung bemisst.

<sup>13(neu)</sup>Der Bewertungsausschuss beschließt zudem bis zum [einsetzen: Datum des ersten Tages des 3. auf die Verkündung folgenden Kalendermonats]

Datenlieferungen nach § 87a Abs. 6, 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, die etwaige Nicht-Ausschöpfung der auf die Leistungen nach Satz 1 entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach Satz 3, die Zuschläge nach Satz 3, die Zuschläge nach Satz 7 sowie die Ausgleichszahlungen nach Satz 11 nachweist.

<sup>14(neu)</sup>Die Kassenärztliche Vereinigung, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen vereinbaren erstmals bis spätestens zum [einsetzen: Datum des ersten Tages des 3. auf die Verkündung folgenden Kalendervierteljahres] und dann quartalsweise gemeinsam und einheitlich Punktwertabschlüsse auf die Preise der regionalen Euro-Gebührenordnung für die Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung; dabei sind die Vorgaben des Bewertungsausschusses nach Satz 17 zwingend zu beachten.

<sup>15(neu)</sup>Die Abschlüsse nach Satz 14 sind für alle Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung in einem KV-Bezirk einheitlich in der Höhe festzulegen, dass der Wert der mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung bewerteten Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung einschließlich der Abschlüsse insgesamt die Summe der auf die Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und drei Vierteln eines etwaigen Überschreibungsbetrags nach Satz 16 nicht überschreitet.

<sup>16(neu)</sup>Ein Überschreibungsbetrag liegt vor, wenn und soweit die Menge der mit dem vollen regionalen Punktwert bewerteten Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung die auf die Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung entfallende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung übersteigt.

<sup>17(neu)</sup>Der Bewertungsausschuss beschließt bis zum [einsetzen: Datum des ersten Tages des 2. auf die Verkündung folgenden Kalendervierteljahres] Vorgaben zur Umsetzung der nach Satz 15 und 16 erforderlichen Berechnungen.

<sup>18</sup>Der Bewertungsausschuss analysiert die Auswirkungen der Regelungen dieses Absatzes sowie der Regelungen in § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz insbesondere 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 8. auf die Verkündung folgenden Kalendervierteljahres] über die Ergebnisse.“

Zu Artikel 1 Nr. 10

§ 87b Absatz 1 Satz 3 SGB V (Vergütung der Ärzte (Honorarverteilung))

### **Beabsichtigte Neureglung**

Die Leistungen des Versorgungsbereichs der allgemeinen hausärztlichen Versorgung werden von honorarbegrenzenden Regelungen ausgeschlossen.

### **Bewertung**

Hierbei handelt es sich um eine Folgeänderung der Entbudgetierung.

Sofern der Gesetzgeber an dieser Regelung festhält, sollte klargestellt werden, dass die Vergütung der Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin sowie der Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung ohne Anwendung mengenbegrenzender Maßnahmen im Rahmen der Honorarverteilung erst nach der Trennung in die für die Versorgungsbereiche gebildeten eigenen Honorarvolumen aus dem hausärztlichen Versorgungsbereich vorzusehen ist und damit alle Vertragsärzt:innen an der Finanzierung gesetzlicher Aufgaben zu beteiligen sind. Darüber hinaus ist in den durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband zu bestimmenden Vorgaben zur Honorarverteilung gemäß § 87b Absatz 4 Satz 1 SGB V sicherzustellen, dass die geplante Regelung nicht zu Lasten anderer Arztgruppen geht. Die KVen haben diese Vorgaben zwingend zu beachten.

### **Änderungsvorschlag**

Streichung der Regelung. Sofern der Gesetzgeber der Streichung nicht folgt, wird § 87b Absatz 1 Satz 3 wie folgt gefasst:

„<sup>3</sup>Die Vergütung der Leistungen im Notfall und im Notdienst erfolgt aus einem vor der Trennung für die Versorgungsbereiche gebildeten eigenen Honorarvolumen mit der Maßgabe, dass für diese Leistungen im Verteilungsmaßstab keine Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung des Honorars angewandt werden dürfen; Gleiches gilt nach der Trennung in die für die Versorgungsbereiche gebildeten eigenen Honorarvolumen bezogen auf den hausärztlichen Versorgungsbereich 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, sowie unter Beachtung der nach § 87a Absatz 3c Satz 9 beschlossenen Vorgaben für die Vergütung der Leistungen des Versorgungsbereichs der allgemeinen hausärztlichen Versorgung.“

Zu Artikel 1 Nr. 14

§ 96 Absatz 2a SGB V (Zulassungsausschüsse)

### **Beabsichtigte Neureglung**

Das bisher bestehende Mitberatungsrecht der zuständigen obersten Landesbehörden in den Zulassungsausschüssen wird zu einem Mitentscheidungsrecht erweitert.

### **Bewertung**

Die Änderung, die bestehenden Beteiligungsmöglichkeiten der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden zu erweitern, wird abgelehnt. Die obersten Landesbehörden haben derzeit bereits ein Mitberatungsrecht. In diesem Rahmen können alle versorgungsrelevanten Erkenntnisse eingebracht werden. Warum die obersten Landesbehörden bessere versorgungsrelevante Erkenntnisse haben sollten als der Zulassungsausschuss, lässt sich nicht erschließen.

### **Änderungsvorschlag**

Streichung der Regelung

### **Beabsichtigte Neureglung**

b) Psychotherapeutisch tätige Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen, die überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch betreuen, bilden zukünftig eine eigene separate Arztgruppe im Rahmen der Bedarfsplanung.

### **Bewertung**

b) Grundsätzlich kann der Bildung einer eigenen bedarfsplanerischen Arztgruppe der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen zugestimmt werden. Die Ersatzkassen stehen schon lange dem in Rede stehenden Vorschlag positiv gegenüber. Durch die Schaffung einer eigenen Arztgruppe wird auch in der Bedarfsplanung transparent, wo und wie viele Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen erforderlich sind. Es ist davon auszugehen, dass durch diese Neuregelung und die separate Bedarfsplanung zusätzliche ambulante Niederlassungsmöglichkeiten entstehen. Eine frühzeitige Behandlungsoption wird im Bereich der Kinder und Jugendlichen unterstützt. Der vorgeschlagene Gesetzestext enthält jedoch eine textliche Ungenauigkeit, welche angepasst werden sollte. Durch die Anpassung wird eine Konsistenz zu Absatz 4 Satz 1 hergestellt.

### **Änderungsvorschlag**

b) Absatz 4a Satz 1 wird folgendermaßen gefasst:

„Überwiegend oder ausschließlich Psychotherapeutisch tätige Ärzte und Psychotherapeuten, die 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.“

Zu Artikel 1 Nr. 16

§ 105 SGB V (Förderung der vertragsärztlichen Versorgung)

### **Beabsichtigte Neureglung**

a) Mit der vorliegenden Regelung wird klargestellt, dass die Mittel des Strukturfonds auch dann verwendet werden können, wenn der Landesauschuss der Ärzt:innen und Krankenkassen eine drohende oder eingetretene Unterversorgung (§ 100 Absatz 1 Satz 1 SGB V) oder einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf (§ 100 Absatz 3 SGB V) nicht festgestellt hat.

### **Bewertung**

a) Es wird keine Notwendigkeit einer Klarstellung gesehen. Die Voraussetzungen zur Mittelverwendung sind bereits mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vom 16.6.2015 entfallen, sodass eine finanzielle Förderung aus dem Strukturfonds zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung bereits präventiv zu einem Zeitpunkt möglich wird, in dem ein Versorgungsdefizit noch nicht unmittelbar droht oder eingetreten ist. Die Entscheidung, für welche Maßnahmen die Mittel Verwendung finden, sollte gemeinsam und einheitlich mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen erfolgen und nicht allein der KV obliegen. Dabei kann auch das Fehlen einer drohenden Unterversorgung maßgeblich sein. Hinsichtlich der Ausgaben ist eine vollständige buchhalterische Transparenz sicherzustellen.

### **Änderungsvorschlag**

a) Streichung der Regelung.

Stattdessen ist nach Absatz 1 a Satz 4 folgender Satz einzufügen:

“Die Kassenärztliche Vereinigung und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen entscheiden einvernehmlich über die Verwendung der Mittel.”

Zu Artikel 1 Nr. 17

§ 106b Absatz 2 Satz 2 SGB V (Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen)

### **Beabsichtigte Neureglung**

Die Rahmenvorgaben nach § 106b Absatz 2 SGB V für ärztlich veranlasste Leistungen sollen um den geplanten Einschub ergänzt werden. Eine Wirtschaftlichkeitsprüfung würde demnach erst stattfinden, wenn die Antragshöhe der Prüfverfahren je Betriebsstättennummer 300 Euro im Quartal und pro Krankenkasse überschreitet.

### **Bewertung**

Die Änderung ist abzulehnen. Mengengemäß finden im Bereich von 100 Euro bis 300 Euro die meisten Verstöße statt. Diese würden nicht mehr geahndet werden können. Zudem würde die verhaltenssteuernde Wirkung einer theoretisch möglichen Kontrolle entfallen. Die Prüfungsstellen müssen auch weiterhin bestehen bleiben, um Beanstandungen vornehmen zu können – unabhängig von der jeweiligen Höhe der Bagatellgrenze.

Hinsichtlich einer Bagatellgrenze sollte eine Regelung erfolgen, dass diese keine Anwendung findet, wenn es sich um unzulässige Verordnungen handelt. Diese Verordnungen sind aus dem Leistungskatalog der GKV ausgeschlossen. Krankenkassen müssen auch weiterhin in der Lage sein, gegen Ärzt:innen, die unzulässige Verordnungen ausgestellt haben, Ansprüche geltend zu machen.

### **Änderungsvorschlag**

Streichung der Regelung

Ergänzung S. 2 nach “[...] durchgeführt werden sollen **und dass Bagatellgrenzen nicht für unzulässige Verordnungen gelten.**”

Zu Artikel 1 Nr. 18

§ 116b Absatz 5a und 5b SGB V NEU (Ambulante spezialfachärztliche Versorgung)

### **Beabsichtigte Neureglung**

Vor Entscheidungen zu § 116b SGB V soll der G-BA zukünftig den jeweils einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften Gelegenheit zur Stellungnahme geben und diese dann in die Entscheidung einbeziehen.

Zudem soll der G-BA zukünftig die indikationsbezogenen Beratungen innerhalb eines Jahres abgeschlossen haben sowie drei anstatt zwei Indikationen jährlich beraten.

### **Bewertung**

Offenbar vor dem Hintergrund, die verfassungsrechtliche Legitimation des G-BA und die Akzeptanz seiner Entscheidungen zu erhöhen, werden die Stellungnahmerechte für die jeweiligen wissenschaftlichen Fachgesellschaften auch für die einschlägige Richtlinie zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung eingeführt. Dies wird an dieser Stelle kritisch gesehen, da sie die Beratungen des G-BA unverhältnismäßig komplexer und zeitaufwendiger machen.

Ob die zusätzliche Einbeziehung der Fachgesellschaften und die Erhöhung von zwei auf drei zu bearbeitenden Indikationen pro Jahr mit einer begrenzten Bearbeitungszeit korrelieren, wird erheblich angezweifelt. Die Regelung hinsichtlich des neuen Absatzes 5b wird daher abgelehnt.

### **Änderungsvorschlag**

Streichung des neuen Absatzes 5b

Zu Artikel 1 Nr. 21

§ 137f Absatz 1 SGB V (Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten)

### **Beabsichtigte Neureglung**

Für neue DMP-Indikationen soll zukünftig eine Frist von zwei Jahren gelten, innerhalb derer der G-BA die konkrete Ausgestaltung zu den Anforderungen des Programms (Behandlungsinhalte, Einschreibevoraussetzungen, Qualitätssicherungsmaßnahmen etc.) festlegt. Bisher gibt es eine solch allgemeine Frist nicht.

### **Bewertung**

Gegen eine Frist ist grundsätzlich nichts einzuwenden. Allerdings sollte der Fristbeginn klarer geregelt werden.

Der Erarbeitung der G-BA-Richtlinie zu den konkreten Anforderungen an ein neues DMP geht immer ein Bericht des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) voraus. Der Bericht beinhaltet eine systematische Leitlinienrecherche und -bewertung sowie Extraktion relevanter Empfehlungen für das DMP und ist zentrale Grundlage für die Erarbeitung der Richtlinie. Da die Berichterstellung i.d.R. ein Jahr in Anspruch nimmt, sollte der Fristbeginn daher an die Vorlage des einschlägigen IQWiG-Berichtes geknüpft werden.

### **Änderungsvorschlag**

Dem § 137f Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Erarbeitung von Richtlinien nach Absatz 2 innerhalb von zwei Jahren nach Vorlage des einschlägigen IQWiG-Berichtes abzuschließen.“



Zu Artikel 1 Nr. 25

§ 226 Absatz 6 SGB V NEU (Beitragspflichtige Einnahmen versicherungspflichtig Beschäftigter)

### **Beabsichtigte Neureglung**

Waisenrentner:innen, die einen Freiwilligendienst ableisten, brauchen aus der Waisenrente keine Beiträge zu zahlen, wenn der Freiwilligendienst zur Versicherungspflicht führt. Die Beitragsfreiheit besteht in der Regel bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres.

### **Bewertung**

Nach geltendem Recht entfällt die Beitragsfreiheit der Waisenrente oder entsprechender Hinterbliebenenversorgungsleistungen mit der vorrangigen Versicherungspflicht als Beschäftigter. Dazu zählt auch die Tätigkeit in einem Freiwilligendienst. Zur Unterstützung junger Menschen, die bereit sind, sich ehrenamtlich und freiwillig für die Gesellschaft zu engagieren, werden Waisenrenten bei Ableistung eines Freiwilligendienstes beitragsfrei gestellt. Diese Regelung ist sozialpolitisch sachgerecht.

### **Änderungsvorschlag**

Die Vorschrift soll nach dem Tag der Verkündung in Kraft treten. Um eine untermonatige Änderung bei der Beitragsabrechnung zu vermeiden, sollte das in Kraft treten auf den Beginn eines Monats nach der Gesetzesverkündung gelegt werden. Hierzu wäre eine Anpassung von Artikel 5 notwendig.

### 3. Ergänzender Änderungsbedarf

#### § 9 SGB V (Freiwillige Versicherung)

##### Sachverhalt

Der § 9 SGB V regelt die Voraussetzungen, unter denen bestimmte Personen sich freiwillig im System der GKV versichern können. Insbesondere Personen über 55 Jahren, die gemäß § 6 Absatz 3a SGB V in der Regel nicht mehr in eine Versicherungspflicht eintreten können, versuchen unter den in § 9 SGB V beschriebenen Voraussetzungen eine freiwillige Versicherung in der GKV zu begründen. Dies geschieht jüngst in vermehrter Zahl durch die Anmeldung einer Scheinselbstständigkeit im Ausland. Betreffende Personen werden von Versicherungsmaklern und Versicherungsagenturen, die im Internet offen für ihre Angebote werben, im Ausland (zumeist Polen oder Tschechische Republik) als Selbstständige angemeldet und dort versichert. Belege für eine tatsächliche Selbstständigkeit im Ausland werden den Krankenkassen nicht vorgelegt. Erhebliches Missbrauchspotential besteht dadurch, dass im EU-Ausland nach ausländischem Recht eine Versicherungspflicht für die Dauer von mindestens 12 Monaten begründet wird. Danach wird die Versicherungspflicht dort wieder beendet und innerhalb von drei Monaten der freiwillige Beitritt zu einer deutschen Krankenkasse erklärt. Dies funktioniert dann, wenn die Pflichtversicherung im EU-Ausland einer inländischen Pflichtversicherung gleichgestellt ist. Der Missbrauch, über eine Versicherung im Ausland in die GKV zu gelangen, kann dadurch ausgeschlossen werden, indem die wertende Entscheidung des nationalen Gesetzgebers, dass eine selbstständige Tätigkeit im Inland zur Versicherungsfreiheit führt, auch auf die Ausübung einer selbstständigen Tätigkeit im Ausland erstreckt wird. Eine selbstständige Tätigkeit würde dann im Ausland nach den Regelungen des ausländischen Rechts dort – und nur dort – zur Versicherungspflicht führen. Für das deutsche Recht und insbesondere für die Frage der Berücksichtigung oder Anerkennung von Vorversicherungszeiten, die im Ausland zurückgelegt wurden, hätte dies keine Auswirkungen.

##### Änderungsvorschlag

§ 9 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB V sollte wie folgt ergänzt werden:

„(1) Der Versicherung können beitreten

1. Personen, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens vierundzwanzig Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens zwölf Monate versichert waren; Zeiten der Mitgliedschaft nach § 189 und

Zeiten, in denen eine Versicherung allein deshalb bestanden hat, weil Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 des Zweiten Buches zu Unrecht bezogen wurde, sowie eine Versicherungspflicht in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, die auf einem Sachverhalt beruht, die im Inland keine Versicherungspflicht begründet hätte und nicht für mindestens 12 Monate besteht, werden nicht berücksichtigt,“

## § 10 SGB V (Familienversicherung)

### Sachverhalt

Zur Vermeidung einer missbräuchlichen Nutzung der Flexirenten-Regelung zu Lasten der GKV-Beitragszahler:innen im Bereich Krankengeld ist zusätzlich zu der gesetzlich bereits vorgesehenen Ergänzung des § 10 Absatz 1 SGB V auch eine Anpassung des § 50 Absatz 1 SGB V erforderlich. Die bisherigen Regelungen führen ansonsten dazu, dass die im Rahmen des Flexirentengesetzes eingeführten Möglichkeiten zur Wahl einer Teilrente in Wunschhöhe durch die gezielte Wahl einer Teilrente, die nur minimal niedriger ist als die Vollrente, der volle Anspruch auf Krankengeld gewahrt bleibt. Um dieser Aushebelung des Regelungszwecks des § 50 Absatz 1 SGB V vorzubeugen und eine sachgerechte Abgrenzung zwischen den Sozialversicherungssystemen beizubehalten, ist es erforderlich, auch § 50 Absatz 1 Satz 1 SGB V aufgrund des Flexirentengesetzes zu aktualisieren.

### Änderungsvorschlag

§ 50 Absatz 1 SGB V wird wie folgt angepasst:

„Für Versicherte, die

1. Rente wegen voller Erwerbsminderung oder Vollrente wegen Alters **oder eine Teilrente in Höhe von mindestens 2/3 der Vollrente** aus der gesetzlichen Rentenversicherung,
2. [...] beziehen, endet ein Anspruch auf Krankengeld vom Beginn dieser Leistungen an; nach Beginn dieser Leistungen entsteht ein neuer Krankengeldanspruch nicht.“

§ 87 Absatz 1 und § 92 Absatz 6a Satz 6 SGB V (Einführung eines digitalen Antrags- und Gutachterverfahrens in der Psychotherapie)

### **Sachverhalt**

Die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von ambulanter Psychotherapie sind in der Psychotherapie-Richtlinie und der Psychotherapievereinbarung (Anlage 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte) geregelt. Bei der Beantragung einer ambulanten Psychotherapie wird durch die Krankenkasse geprüft, ob die Voraussetzungen für eine Psychotherapie erfüllt sind.

Eine wesentliche Funktion des Antragsverfahrens und der mit der Genehmigung des Antrages durch die Krankenkassen einhergehenden vorgezogenen Wirtschaftlichkeitsprüfung ist die Schaffung eines sicheren Rahmens für die psychotherapeutische Behandlung. Die Genehmigung des Therapiekontingents ermöglicht eine Behandlungsplanung, die ein strukturiertes Vorgehen der Therapeut:innen fördert und bei den Patient:innen ein Verständnis für die vorgesehene Behandlung schafft.

Durch die Einführung eines elektronischen Antrags- und Gutachterverfahrens wird für Patient:innen sowie Therapeut:innen gleichermaßen ein sicherer und schneller Behandlungsrahmen geschaffen. Das elektronische Verfahren entbürokratisiert und beschleunigt den Prozess erheblich, wie bereits die sehr positiven Erfahrungen nach der Umstellung im zahnärztlichen Bereich gezeigt haben. Durch die Integration von Plausibilitätsprüfungen durch die Praxissoftware lässt sich außerdem die Zahl der fehlerhaften oder unleserlichen Anträge so gut wie ausschließen. Bei unkomplizierten Erstanträgen ohne erforderliche Begutachtung kann die Zeit bis zur Genehmigung durch die Digitalisierung deutlich verkürzt werden.

### **Änderungsvorschlag**

§ 87 Absatz 1 SGB V werden folgender Sätze angefügt:

„Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regeln im Bundesmantelvertrag für Ärzte bis zum 31.12.2024 das Nähere zu einem elektronischen Antrags- und Gutachterverfahren für genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen. Zur Durchführung des elektronischen Antrags- und Gutachterverfahrens sind die an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer, die jeweilige Krankenkasse sowie die oder der von der Krankenkasse ausgewählte Gutachterin oder Gutachter befugt, die hierfür erforderlichen

versichertenbezogenen Angaben nach Maßgabe des Bundesmantelvertrags zu verarbeiten. Die Sätze 9 und 12 gelten entsprechend.“

§ 92 Absatz 6a Satz 6 SGB V ist wie folgt zu fassen:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss hat sämtliche Regelungen zum Antrags- und Gutachterverfahren **zu überprüfen**, sobald er ein Verfahren zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2a eingeführt hat.“

### **Sachverhalt**

In der ambulanten Psychotherapie sind vier sehr unterschiedliche Verfahren zugelassen: Systemische Therapie, Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Analytische Psychotherapie. Die Systemische Therapie wurde erst 2020 als Verfahren neu zugelassen. Sie setzt den Schwerpunkt auf den sozialen Kontext psychischer Störungen, insbesondere auf die familiäre Interaktion und das soziale Umfeld der Patientin oder des Patienten. Als neues Verfahren ist sie in der Versorgung derzeit noch völlig unterrepräsentiert. Eine Anpassung der Bedarfsplanungsrichtlinie ist erforderlich. Leider konnten sich die Vertragspartner bis jetzt auf keinen Änderungsmodus verständigen, so dass der Gesetzgeber um Unterstützung gebeten wird. Um auch den systemischen Therapeut:innen sowie den Patient:innen, die mit diesem Verfahren behandelt werden könnten, einen substantziellen Anteil an der Versorgung zu verschaffen, soll sie gefördert werden. Systemische Therapeut:innen sollen daher so lange bei Nachbesetzungen und gleicher Qualifikation bevorzugt ausgewählt werden, bis mindestens ein Versorgungsanteil in Höhe von 15 Prozent der regional maßgeblichen Verhältniszahl erreicht ist.

### **Änderungsvorschlag**

Dem Absatz 4 wird folgender Satz 8 angefügt:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss wird beauftragt, ab dem 01.01.2025 in den Richtlinien nach Absatz 1 sicherzustellen, dass im Rahmen von Nachbesetzungsverfahren und bei der Besetzung von durch Anpassung der Verhältniszahlen neu entstehenden Sitzen Leistungserbringer nach Satz 1, die überwiegend oder ausschließlich Systemische Therapie erbringen, so lange vorrangig zu berücksichtigen sind, bis mindestens ein Versorgungsanteil in Höhe von 15 Prozent der regional maßgeblichen Verhältniszahl erreicht ist.“

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Askanischer Platz 1 10963 Berlin Tel.: 030/2 69 31 – 0 Fax: 030/2 69 31 – 2900 Politik@vdek.com
--