Bundesrat **Drucksache** **504/1/18**

09.11.18

Empfehlungen G - K
der Ausschüsse

zu **Punkt …** der 972. Sitzung des Bundesrates am 23. November 2018

Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG)

A

Der **federführende Gesundheitsausschuss**

empfiehlt dem Bundesrat, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes wie folgt Stellung zu nehmen:

1. Zum Gesetzentwurf allgemein

   Der Bundesrat begrüßt, dass mit dem Gesetzentwurf die Möglichkeit, fernmedizinische Behandlungen anzubieten, unterstützt wird. Um dauerhaft einen Nutzen aus den Angeboten der Fernbehandlung für die Versicherten zu erzielen, bedarf es zusätzlich der Möglichkeit der digitalen Rezeptvergabe auch ohne Arztbesuch. Aber auch unabhängig von den Entwicklungen auf dem Gebiet der fernmedizinischen Behandlungsangebote ist es vor dem Hintergrund der Digitalisierung im Gesundheitswesen an der Zeit, die notwendigen Grundlagen für die digitale Rezeptvergabe zu schaffen. Der Bundesrat bittet die Bundesregierung, zeitnah eine gesetzliche Regelung zur digitalen Rezeptvorgabe auf den Weg zu bringen.

...

Vertrieb: Bundesanzeiger Verlag GmbH, Postfach 10 05 34, 50445 Köln
Telefon (02 21) 97 66 83 40, Fax (02 21) 97 66 83 44, www.betrifft-gesetze.de
ISSN 0720-2946

juris Lex QS
12052024 ()

Begründung (nur gegenüber dem Plenum):

Mehrere Länder haben die Berufsordnungen bereits gelockert, so dass nun modellhaft Projekte mit telemedizinischer Fernbehandlung, insbesondere ohne vorherigen Kontakt von Patientin und Patient mit Ärztin oder Arzt, möglich sowie echte Fernbehandlungen zulässig sind.

Die Modelle der echten Fernbehandlung, von denen derzeit zum Beispiel in Baden-Württemberg bereits sechs Projekte realisiert werden, versprechen dauerhaft nur einen Nutzen für die Versicherten, wenn es zugleich möglich ist, ein Rezept auf elektronischem Weg zu erhalten. Ein erstes Modellprojekt soll bereits im Jahr 2019 realisiert werden. Damit die Entwicklung weiter vorangetrieben werden kann ist es notwendig, die gesetzlichen Grundlagen für die digitale Rezeptvorgabe so bald wie möglich zu schaffen.

Unabhängig hiervon ist die Einführung der digitalen Rezeptvergabe im Rahmen der Digitalisierung des Gesundheitswesens geboten. Im europäischen Vergleich hat Deutschland bei der Einführung des eRezepts beziehungsweise der eVerordnung noch erheblichen Nachholbedarf. Laut „Euro Health Consumer Index 2017“ (EHCI) haben bereits 17 Staaten ein elektronisches Rezept erfolgreich eingeführt. So nutzen beispielsweise 92 Prozent der Versicherten in Slowenien die Möglichkeit des elektronischen Rezepts.

2. Zum Gesetzentwurf allgemein

Der Bundesrat bittet im weiteren Gesetzgebungsverfahren um Prüfung

a) der Verankerung des Einsatzes von Stationsapothekerinnen und Stationsapothekern im Krankenhaus als Qualitätskriterium zur Stärkung der Patientensicherheit im Rahmen der Arzneimitteltherapie und

b) der Refinanzierung des Einsatzes von Stationsapothekerinnen und Stationsapothekern im Krankenhaus als Teil der Krankenhausleistung im Sinne des § 2 Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes

im Sozialgesetzbuch V oder einer anderen Rechtsvorschrift.

Begründung:

Die Einführung von Stationsapothekerinnen und Stationsapothekern ist ein wichtiger Beitrag für mehr Arzneimitteltherapiesicherheit und damit auch für ein Mehr an Patientensicherheit in einer qualitätsorientierten Gesundheitsversorgung. Die Stationsapothekerin oder der Stationsapotheker soll im interdisziplinären Team mit ärztlichem und pflegerischem Personal zu einer sicheren, zweckmäßigen sowie wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie beitragen.

...

juris Lex QS
12052024 ()

Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder sehen im Sinne der Patientensicherheit auch die Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) als zentrales Kriterium einer qualitätsorientierten Gesundheitsversorgung an.

In diesem Sinne hat die GMK das BMG gebeten zu prüfen, ob und wie die ländereigenen Regelungen durch Regelungen auf Bundesebene unterstützt werden können, insbesondere im Krankenhausbereich zum Beispiel durch Regelungen zur Hinzuziehung von Apothekerinnen und Apothekern für das Medikationsmanagement im Rahmen der patientenindividuellen Arzneimitteltherapie auf den Stationen, durch die verbindliche Einrichtung von Arzneimittelkommissionen und durch die verbindliche Nutzung von Medikationsdatenbanken bei Polymedikation (Beschluss der 91. Gesundheitsministerkonferenz).

Nach § 136 SGB V bestimmt der G-BA in seinen Richtlinien für zugelassene Krankenhäuser verpflichtende Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement.

In der Qualitätsmanagement-Richtlinie des G-BA werden dazu auch Regelungen für die Arzneimitteltherapiesicherheit gefordert. Danach ist „Arzneimitteltherapiesicherheit die Gesamtheit der Maßnahmen zur Gewährleistung eines optimalen Medikationsprozesses mit dem Ziel, Medikationsfehler und damit vermeidbare Risiken für die Patientin und den Patienten bei der Arzneimitteltherapie zu verringern. Die Einrichtung soll bei der Verordnung und Verabreichung von Arzneimitteln

– vermeidbare Risiken, die im Rahmen der Arzneimitteltherapie entstehen, durch geeignete Maßnahmen identifizieren,
– durch geeignete Maßnahmen sicherstellen, dass einschlägige Empfehlungen im Umgang mit Arzneimitteln bekannt sind, und
– sicherstellen, dass angemessene Maßnahmen ergriffen werden, um Risiken im Medikationsprozess zu minimieren.“.

3. Zu Artikel 1 Nummer 9 (§ 20j Absatz 1 Satz 2 – neu –, Absatz 2 und Absatz 5 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 9 ist § 20j wie folgt zu ändern:

a) Dem Absatz 1 ist folgender Satz anzufügen:

„Die Leistungen nach Satz 1 dürfen nur durch geeignete Fachärztinnen und Fachärzte im Rahmen der Versorgung nach § 140a erbracht werden.“

...

juris Lex QS
12052024 ()

b) Absatz 2 ist wie folgt zu fassen:

„(2) Das Nähere zum Kreis der Anspruchsberechtigten und zu den Voraussetzungen für die Ausführung der Leistungen vereinbaren die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf Grundlage einer noch einzuholenden Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses als Bestandteil der Bundesmantelverträge. Die Vereinbarung hat sicherzustellen, dass Männer und Frauen auf Grundlage evidenzbasierter medizinischer Erkenntnisse gleichberechtigt Zugang zur medikamentösen Präexpositionsprophylaxe haben."

c) In Absatz 5 ist die Angabe „2020" durch die Angabe „2022" zu ersetzen.

Begründung:

Zu Buchstabe a:

Die Leistungen nach § 20j Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 SGB V richten sich an Versicherte mit erhöhtem HIV Infektionsrisiko und damit an eine besondere Gruppe von Versicherten. Gleichzeitig ist nach Auffassung des Gesetzgebers die Wirksamkeit der Präexpositionsprophylaxe im weiteren Verlauf zu prüfen. Dafür sind regelmäßige Begleituntersuchungen (auch risikoadaptierte Diagnostik) erforderlich. Damit handelt es sich bei dieser Leistung um eine besondere Versorgung im Sinne des § 140a SGB V. Durch die Klarstellung, dass nur geeignete Fachärztinnen und Fachärzte im Rahmen von Selektivverträgen diese besondere Versorgung erbringen dürfen, wird im Interesse der betroffenen Versicherten sichergestellt, dass die Begleituntersuchungen zur Überprüfung der Wirksamkeit mit den erforderlichen hohen und einheitlichen fachlichen Standards erfolgen.

Zu Buchstabe b:

Die Fristsetzung zur Festlegung der Kriterien, welche Arztgruppen überhaupt die ärztliche Beratung, Untersuchung und Verordnung durchführen dürfen, ist im derzeitigen Gesetzentwurf sehr knapp bemessen. Des Weiteren ist der betroffene Personenkreis ebenfalls innerhalb dieses Zeitraumes zu bemessen, so die Vorgabe des aktuellen Gesetzentwurfs. Dies birgt die Gefahr, dass zu einem späteren Zeitpunkt die Kriterien geändert werden müssen, da innerhalb der kurzen Frist keine ausreichende wissenschaftliche Expertise berücksichtigt werden kann. Aus diesem Grund sollte die Vorgabe einer Fristsetzung zur Festlegung der weiteren Kriterien entfallen.

Die im Gesetzentwurf zitierte Leitlinie ist nicht evidenzbasiert, in Teilen widersprüchlich beziehungsweise missverständlich formuliert und darum noch keine geeignete Grundlage für die Festlegung des Berechtigtenkreises.

Insbesondere ist sicherzustellen, dass Männer und Frauen gleichberechtigt in angemessenem Umfang von der Neuregelung profitieren können.

...

juris Lex QS
12052024 ()

Diesem Gesichtspunkt trägt die Leitlinie nur unzureichend Rechnung, indem sie Frauen – insbesondere Sexarbeiterinnen – als potenziell Betroffene klar benennt, im nächsten Schritt aber aufgrund nicht erhobener Daten zur Medikation bei weiblichen Betroffenen ausdrücklich keine Empfehlung ausspricht, sondern ohne weitere Anhaltspunkte von einer Medikation bei praktiziertem Vaginalverkehr – der naturgemäß nur bei Frauen möglich ist – grundsätzlich abrät.

Aufgrund dieser Einschränkung und der insoweit fehlenden Empfehlung werden Frauen de facto allein aufgrund fehlender Daten von dem Medikamentenbezug ausgeschlossen, ohne dass im Vorfeld eine systematische wissenschaftliche Analyse stattgefunden hätte. Diese Herangehensweise wird dem Anspruch aller Versicherten auf gleichberechtigten Zugang zu medizinischer Versorgung nicht gerecht.

Im weiteren Gesetzgebungsverfahren ist deshalb sicherzustellen, dass die betroffenen Risikogruppen auf Grundlage wissenschaftlich fundierter Erkenntnisse weiter konkretisiert werden. Hierdurch wird vermieden, dass betroffene Frauen vorschnell aufgrund nicht näher belegter Kriterien vom Kreis der Berechtigten ausgeschlossen werden.

Zu Buchstabe c:

Der bislang vorgesehene Zeitpunkt der Evaluation der Leistung bis zum Ende des Jahres 2020 ist sehr knapp bemessen. Den gesetzlichen Krankenkassen liegen bis zu diesem Zeitpunkt voraussichtlich nur die Daten von drei Abrechnungsquartalen aus dem Jahr 2019 vor. Um eine wissenschaftliche Evaluation sicherzustellen, wird angeregt, die vorgegebene Frist bis zum Ende des Jahres 2022 zu verlängern.

4. Zu Artikel 1 Nummer 9a – neu – (§ 24a Absatz 2 Satz 1 SGB V)

Nach Artikel 1 Nummer 9 ist folgende Nummer 9a einzufügen:

‚9a. In § 24a Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „bis zum vollendeten 20. Lebensjahr“ gestrichen.‘

Begründung:

Reproduktive Selbstbestimmung ebenso wie sexuelle Gesundheit und damit auch der Zugang zu Verhütung ist ein Menschenrecht, das nicht von der finanziellen Leistungsfähigkeit der Betroffenen abhängen darf.

Artikel 12 Absatz 1 der Frauenrechtskonvention der Vereinten Nationen regelt:

„Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Maßnahmen zur Beseitigung der Diskriminierung der Frau im Bereich des Gesundheitswesens, um der Frau gleichberechtigt mit dem Mann Zugang zu den Gesundheitsdiensten, einschließlich derjenigen im Zusammenhang mit der Familienplanung, zu gewährleisten.“

...

juris Lex QS
12052024 ()

Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat gemäß § 1 Absatz 1 SGB V die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern.

Das umfasst auch die Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten. Hierzu gehört auch der eigenverantwortliche Umgang mit den Möglichkeiten der Familienplanung im Sinne der reproduktiven Selbstbestimmung, der somit originäre Aufgabe des Gesundheitswesens ist.

Die gesellschaftliche Wirklichkeit zeigt, dass nach wie vor überwiegend Frauen die Last der Verhütung tragen und entsprechende Verantwortung übernehmen. Ist eine sichere Verhütung nicht möglich, trägt in jedem Fall die Frau die Folgen, indem sie entscheiden muss, ob die ungeplante Schwangerschaft entweder ausgetragen wird – mit allen Auswirkungen auf die Lebensplanung der Frau – oder aber ob sie die Schwangerschaft abbricht.

Ein Schwangerschaftsabbruch ist für die betroffenen Frauen sowohl physisch als auch psychisch ein gesundheitlich belastender Eingriff, der stets nur der letzte Ausweg zur Wahrung der reproduktiven Selbstbestimmung sein sollte, nicht aber aus wirtschaftlicher Not ein von vornherein einkalkulierter Schritt.

Nach den Angaben des Statistischen Bundesamtes hat sich 2017 die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche gegenüber dem Vorjahr um 2,7 Prozent erhöht. 75 Prozent der betroffenen Frauen waren zwischen 18 und 35 Jahre alt.

Es werden keine statistischen Daten erhoben, die eine Kausalität zwischen ungewollter Schwangerschaft aufgrund materieller Not und Schwangerschaftsabbruch begründen könnten. Gleichwohl wird von den Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen ungewollte Schwangerschaft aufgrund materieller Not stets als Problematik benannt. Auch die von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung durchgeführte Studie „frauen leben 3“ zeigt, dass die finanzielle Situation der Frauen Auswirkungen auf ihr Verhütungsverhalten hat.

Gegenwärtig werden verschreibungspflichtige Verhütungsmittel nur bis zum vollendeten 20. Lebensjahr erstattet. Hintergrund dieser Beschränkung war die Erwägung des Gesetzgebers im Jahr 1992, den Kreis der Frauen zu erfassen, die aufgrund ihrer wirtschaftlichen Lage, insbesondere weil sie sich noch in der Ausbildung befinden, am wenigsten in der Lage seien, die Kosten für Empfängnisverhütungsmittel aufzubringen. Ausdrücklich wurde darauf hingewiesen, dass eine Heraufsetzung der Altersgrenze zwar wünschenswert wäre, um ungewollte Schwangerschaften zu verhindern, aber zu teuer sei (vgl. BT-Drucksache 12/2605, Seite 20).

Die Erfahrung nach über 25 Jahren zeigt, dass die Altersbeschränkung bei der Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) dazu führt, dass viele Frauen aufgrund der Kosten auf verschreibungspflichtige Kontrazeptiva verzichten. Denn finanzielle Bedürftigkeit endet in der Regel nicht mit Vollendung des 20. Lebensjahres. In der Folge kommt es zu ungewollten Schwangerschaften und gesellschaftlichen Folgekosten durch Schwangerschaftsabbrüche gerade bei Menschen mit geringem Einkommen.

...

juris Lex QS
12052024 ()

Durch die Einführung des Arbeitslosengeldes II und die damit einhergehende Streichung der Kostenübernahme für Verhütungsmittel ist für die betroffenen Frauen eine massive Einschränkung des Rechtes auf sexuelle und reproduktive Gesundheit entstanden. In ähnlicher Situation befinden sich Frauen in prekären Einkommensverhältnissen jenseits der Berechtigung zum Bezug von Sozialleistungen sowie Leistungsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. Es ist nicht einzusehen, dass sie diese Lasten und gesundheitlichen Risiken ganz überwiegend alleine tragen müssen. Die Finanzierung von Verhütungsmitteln durch die GKV ist daher der beste Weg, die entsprechenden Lasten gerecht zu verteilen.

Eine Differenzierung nach Alter oder konkreten Einkommensverhältnissen erscheint nicht sachgerecht, da im Ergebnis die Kosten von der gesamten Versichertengemeinschaft getragen werden und insoweit Versicherte nicht ohne zwingenden Grund von der Berechtigung ausgeschlossen werden sollten. Dies gilt umso mehr, als eine konkrete Zumutbarkeitsgrenze nur schwer zu ziehen sein dürfte.

Eine wesentliche Veränderung des Erfüllungsaufwandes ist nicht zu erwarten, da die zu erwartenden Mehrkosten durch die in § 31 Absatz 2 bis 4 SGB V vorgesehenen Kostenvereinbarungen abgemildert werden und gegebenenfalls noch bestehende Mehrkosten durch Beitragsanpassungen ausgeglichen werden können. Gleichzeitig ist eine Reduzierung der Kosten für Schwangerschaftsabbrüche zu erwarten.

5. Zu Artikel 1 Nummer 10 (§ 27a Absatz 4 SGB V)

Der Bundesrat bittet, im weiteren Gesetzgebungsverfahren eine Regelung in das SGB V aufzunehmen, die die Erstattung sämtlicher bei der rechtmäßigen Durchführung einer Präimplantationsdiagnostik anfallenden Kosten (sowohl für die künstliche Befruchtung als auch für die genetische Untersuchung) durch die gesetzliche Krankenversicherung vorsieht.

Begründung:

Artikel 1 Nummer 10 TSVG sieht eine Änderung von § 27a SGB V vor. Künftig sollen Versicherte unter bestimmten Voraussetzungen einen Anspruch auf Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder von Keimzellgewebe und die dazu gehörigen Maßnahmen haben. Der Gesetzentwurf sollte genutzt werden, um neben dieser Änderung eine Regelungslücke im Bereich des SGB V zu schließen, die seit dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Regelung der Präimplantationsdiagnostik (PID) vom 21. November 2011 besteht.

Mit diesem Gesetz wurde § 3a in das Embryonenschutzgesetz eingefügt, wonach die PID unter engen Voraussetzungen zulässig ist. Es besteht daher seitdem grundsätzlich die Möglichkeit, in bestimmten Fällen eine PID durchzuführen. Betroffene können diese Möglichkeit allerdings nur dann wahrnehmen,

juris Lex QS
12052024 ()

wenn sie in der Lage sind, die damit verbundene hohe finanzielle Hürde zu überwinden. Die Durchführung einer PID führt zu einer erheblichen finanziellen Belastung der Betroffenen, da einerseits die Kosten für die künstliche Befruchtung (IVF-Behandlung) und anderseits die Kosten für die genetische Untersuchung der Embryonen zu tragen sind. Die Höhe der Kosten für eine PID bewegt sich dabei zwischen 2 000 Euro und 5 000 Euro, abhängig von der Indikation für die Durchführung der PID (monogenetische Erkrankung, Translokation oder sonstige Chromosomenveränderung). Hinzu kommen die Kosten für die bei einer PID immer zusätzlich erforderliche künstliche Befruchtung, welche sich pro Zyklus noch einmal auf circa 5 000 Euro belaufen. Sofern nicht bereits der erste Embryonentransfer erfolgreich verläuft, was bei circa der Hälfte der durchgeführten PIDen der Fall ist, erhöht sich diese Summe bei weiteren Transfers wesentlich.

Bisher besteht gemäß § 27a SGB V kein Anspruch auf Übernahme der Kosten für die künstliche Befruchtung durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) für Versicherte unter 25 Jahren sowie für Frauen über 40 Jahren und für Männer über 50 Jahren. Zudem werden die Kosten für die künstliche Befruchtung, die im Rahmen der Durchführung einer PID zwingend notwendig ist, nur für infertile Paare hälftig übernommen, wenn die dort genannten Voraussetzungen vorliegen. Für fertile Paare ergibt sich daraus eine Schlechterstellung. Nach einem Urteil des Bundesozialgerichts vom 18. November 2014 – B 1 KR 19/13 R – ist eine Übernahme der Kosten für die Durchführung einer PID nicht möglich, weil diese bisher keine Leistung der GKV ist. Dies gilt gleichermaßen für fertile und infertile Paare.

Eine vollständige Übernahme der Kosten sämtlicher bei der Durchführung einer PID anfallenden Kosten durch die GKV würde zur Entlastung der betroffenen, gesetzlich versicherten Frauen beziehungsweise Paare führen. Da es nach den bisherigen Antragszahlen deutschlandweit um circa 200 Fälle im Jahr geht, sollten sich die Mehrkosten für die GKV in einem vertretbaren Rahmen halten. Eine grobe Schätzung, welcher Angaben der bayerischen PID-Zentren zu Kosten und Häufigkeit von weiteren Versuchen sowie die bisherigen, deutschlandweiten PID-Antragszahlen zugrunde gelegt wurden, hat ergeben, dass mit rund 2,6 Millionen Euro pro Jahr (2,7 Millionen Euro, berücksichtigt man auch die Kosten der Ethikkommissionen), großzügig aufgerundet mit 3 Millionen Euro Gesamtkosten pro Jahr gerechnet werden kann.

Damit würde eine Gleichbehandlung von fertilen und infertilen Paaren herbeigeführt und die finanzielle Hürde für die Inanspruchnahme der PID beseitigt. Es sollte daher der Leistungskatalog der GKV im SGB V sowohl in Bezug auf die Kosten der künstlichen Befruchtung als auch in Bezug auf die Kosten der PID erweitert werden. Dies gilt auch für Versicherte, die zwar nicht infertil sind, jedoch die PID aufgrund anderer medizinischer Ursachen durchführen lassen wollen. Denn die Betroffenen können die PID ausschließlich nach Durchführung einer IVF-Behandlung vornehmen lassen und Anlass für die Durchführung der PID ist letztlich stets eine medizinische Indikation.

Schließlich ist unter Heranziehung des Präventionsgedankens zu berücksichtigen, dass bei betroffenen Paaren die psychisch höher belastende Alternative ein Schwangerschaftsabbruch nach Fruchtwasseruntersuchung wäre. Dabei sollte

juris Lex QS
12052024 ()

nicht außer Acht gelassen werden, dass Frauen nach einem Schwangerschaftsabbruch oftmals lange mit psychischen Leiden zu kämpfen haben.

Vor diesem Hintergrund wird um die Aufnahme einer Regelung in das SGB V gebeten, die die Erstattung sämtlicher bei der rechtmäßigen Durchführung einer PID anfallenden Kosten (sowohl für die künstliche Befruchtung als auch für die genetische Untersuchung) durch die GKV vorsieht. Daneben ist zu erwarten, dass eine Verbesserung im Leistungsrecht der GKV durch entsprechende Anwendung auch Beihilfeberechtigten sowie Versicherten der privaten Krankenversicherung zu Gute kommen wird.

6. Zu Artikel 1 Nummer 12a – neu – (§ 31 Absatz 1a Satz 2 SGB V)

In Artikel 1 ist nach Nummer 12 folgende Nummer 12a einzufügen:

‚12a. In § 31 Absatz 1a Satz 2 werden die Wörter „eine Wunde feucht hält“ durch die Wörter „weitere Wirkungen hat, die der Wundheilung dienen, beispielsweise eine Wunde feucht hält, reinigt oder geruchsbindend, antimikrobiell oder proteasenmodulierend wirkt“ ersetzt.‘

Begründung:

Durch das Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG) wurde in § 31 Absatz 1a SGB V erstmals definiert, was unter einem Verbandmittel zu verstehen ist mit der Konsequenz, dass nur Produkte, die unter die Verbandmitteldefinition fallen, grundsätzlich zu Lasten der GKV verordnet werden können. Zur Umsetzung dieser Regelung hatte der G-BA eine Regelung zur Abgrenzung der Verbandmittel zu sonstigen Produkten der Wundbehandlung zu beschließen.

Die daraufhin am 19. April 2018 durch den G-BA beschlossene Änderung der Arzneimittelrichtlinie geht jedoch weit über eine reine Ausfüllung des § 31 Absatz 1a SGB V hinaus und stellt eine inhaltliche Einschränkung des dort festgelegten Leistungsanspruches dar.

Das BMG hat deswegen den Beschluss des G-BA mit Schreiben vom 27. Juni 2018 teilweise beanstandet und seine Beanstandung unter anderem damit begründet, dass durch den Beschluss eine selbständige, inhaltlich eingrenzende Bestimmung des Verbandmittelbegriffs vorgenommen werde, für die es keine Ermächtigungsgrundlage gäbe.

Das BMG begründet seine Entscheidung zudem damit, dass durch die vom G-BA vorgenommene Definition der therapeutischen Wirkung der Verbandmittelbegriff enger gefasst werde, als es der Gesetzgeber in Gesetzeswortlaut und -begründung vorgesehen habe. Eine vollständige Ausgrenzung von Verbandmitteln mit ergänzenden, nicht physikalischen therapeutischen Wirkungen auf die Wundheilung könne weder dem Gesetzestext selbst, noch dem Willen des Gesetzgebers entnommen werden. In der Gesetzesbegründung heißt es da-

juris Lex QS
12052024 ()

zu: „Die Verbandmitteleigenschaft entfällt aber nicht, wenn der Gegenstand ergänzend weitere Wirkungen hat, die der Wundheilung dienen, beispielsweise indem er eine Wunde feucht hält, reinigt oder geruchsbindend beziehungsweise antimikrobiell wirkt“ (vgl. BT-Drucksache 18/10186, Seite 26).

Durch die vom G-BA vorgenommene Abgrenzung der therapeutischen Wirkung seien laut Schreiben des BMG auch Gegenstände, die antimikrobiell im Sinne einer bakteriziden/bakteriostatischen, auf pharmakologische Wirkungen basierenden Eigenschaft wirkten, kein Verbandmittel mehr und folglich grundsätzlich nicht verordnungsfähig.

Der Bundesrat hatte in seiner damaligen Stellungnahme zum HHVG gefordert, die Definition der Verbandmittel hinsichtlich der weiteren Wirkungen, welche für eine Verbandmitteleigenschaft unschädlich sind, weiter zu fassen, um die in der Begründung zum Gesetzentwurf als Motivation für die Neuregelung genannte Rechtssicherheit zu erreichen (vgl. BT-Drucksache 18/10186, Anlage 3, Seite 47). Hierzu hatte der Bundesrat seinerzeit folgende Formulierung des § 31 Absatz 1a Satz 2 SGB V vorgeschlagen:

„Die Eigenschaft als Verbandmittel entfällt insbesondere nicht, wenn ein Gegenstand ergänzend weitere Wirkungen hat, die der Wundheilung dienen, beispielsweise eine Wunde feucht hält, reinigt oder geruchsbindend, antimikrobiell oder proteasenmodulierend wirkt.“

Die Forderung des Bundesrates, die Legaldefinition der Verbandmittel weiter zu fassen, lehnte die Bundesregierung damals mit folgender Begründung ab (vgl. BT-Drucksache 18/10186, Anlage 4, Seite 52): „Schon durch die Verwendung des Wortes „Hauptwirkung“ im neu eingefügten § 31 Absatz 1a Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) wird deutlich, dass weitere Wirkungen nicht zwingend dazu führen, dass ein Gegenstand nicht als Verbandmittel eingeordnet werden kann. Die Eigenschaft als Verbandmittel besteht insbesondere auch dann, wenn ein Gegenstand ergänzend eine Wunde auch feucht hält. Eine Ergänzung der Definition wird vor dem Hintergrund der Ausführungen in der Gesetzesbegründung als nicht notwendig erachtet.“

Die vom G-BA am 19. April 2018 beschlossene Änderung der Arzneimittelrichtlinie sowie die Teilbeanstandung dieses Beschlusses durch das BMG zeigen, dass eine gesetzliche Ergänzung erforderlich und sachgerecht ist, um den gesetzgeberischen Willen vollumfänglich Rechnung zu tragen. Dies gilt umso mehr, als der G-BA zwischenzeitlich Klage vor dem Landessozialgericht Berlin-Brandenburg gegen die Teilbeanstandung seines Beschlusses vom 19. April 2018 durch das BMG erhoben hat. Um bei diesem für den Versorgungsanspruch der Versicherten auf Verbandmittel zentralen Gesichtspunkt für die Zukunft Rechtssicherheit für alle Beteiligten zu erlangen, ist es zielführend, den Gesetzeswortlaut des § 31 Absatz 1a Satz 2 SGB V künftig wie bereits vom Bundesrat zum HHVG gefordert, zu fassen.

...

juris Lex QS
12052024 ()

Durch diese Änderung wird klargestellt, dass der Einordnung eines Produktes als Verbandmittel nicht entgegensteht, wenn das Verbandmittel weitere ergänzende Wirkungen besitzt, die der Wundheilung dienen. Auf welche Weise diese Wirkungen erreicht werden kann (physikalisch, pharmakologisch und so weiter), spielt hierbei keine Rolle. Bei der Abgrenzung der Hauptwirkung zu weiteren ergänzenden Wirkungen sind die Vorgaben des Medizinproduktegesetzes zu beachten.

7. Zu Artikel 1 Nummer 16 Buchstabe a (§ 37b Absatz 4 Satz 1 SGB V) und Buchstabe b – neu – (§ 37b Absatz 4 Satz 3 – neu – SGB V)

Artikel 1 Nummer 16 ist wie folgt zu fassen:

‚16. § 37b Absatz 4 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden die Wörter „erstmals bis zum 31. Dezember 2017 und danach“ gestrichen.

b) Folgender Satz ist anzufügen:

„Den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und Palliativversorgung auf Bundesebene ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.“ ‘

Begründung:

Zu Buchstabe a:

Entspricht der Vorlage.

Zu Buchstabe b:

Die Beibehaltung der Berichtspflicht wird begrüßt. Das gilt insbesondere deshalb, weil die Auswirkungen der durch das Hospiz- und Palliativgesetz neu geschaffenen Leistungen in der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung auf die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) zurzeit noch nicht beurteilbar sind.

Die Berichterstattung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zur vertraglichen Umsetzung der SAPV erfolgt auf der Basis einer Abfrage über die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene bei den vertragsschließenden Krankenkassen beziehungsweise bei den Landesverbänden und -vertretungen der Krankenkassen. Es sollte aber auch eine Bewertung der Leistungserbringerseite in den Bericht einfließen, um die Aussagekraft zu verbessern. Daher wird es für erforderlich gehalten, die maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und Palliativversorgung auf Bundesebene bei der Erstellung des Berichts des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen im Rahmen eines Stellungnahmeverfahrens einzubinden.

...

juris Lex QS
12052024 ()

8. Zu Artikel 1 Nummer 27 (§ 53 Absatz 5 und Absatz 8 Satz 1 SGB V)

Artikel 1 Nummer 27 ist zu streichen.

Begründung:

Durch die in Artikel 1 Nummer 27 des Gesetzentwurfs vorgesehene Aufhebung des § 53 Absatz 5 SGB V würde für die Krankenkassen die Möglichkeit entfallen, in ihrer Satzung gegen spezielle Prämienzahlungen durch die Versicherten die Übernahme der Kosten für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen zu regeln, die nach § 34 Absatz 1 Satz 1 SGB V von der Versorgung ausgeschlossen sind.

Mit der Regelung in § 53 Absatz 5 SGB V wurde im Jahr 2007 mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz der für eine gesetzliche Krankenversicherung optionale Wahltarif (Kann-Leistung) zur Übernahme der Kosten für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen eingeführt. Die in der Gesetzesbegründung für die Streichung angeführte geringe Nachfrage nach entsprechenden Tarifen liegt darin begründet, dass für viele Versicherte, die einen geringeren Bedarf an Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen haben, die Möglichkeit der Satzungsleistung nach § 11 Absatz 6 SGB V für die Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen ausreicht. Bei diesen Satzungsleistungen erstatten Krankenkassen bis zu einem gewissen Betrag pro Jahr Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen.

Für Menschen mit einem höheren Bedarf – wie zum Beispiel chronisch kranke Menschen oder Menschen mit Tumorerkrankungen – reicht diese Versorgung jedoch nicht aus. Die Möglichkeit des Wahltarifs sollte daher im Interesse der Gruppen, die Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen stärker nutzen, erhalten bleiben. Zudem sollte es den Krankenkassen weiterhin möglich bleiben, sich durch das Angebot eines Wahltarifs im Krankenversicherungswettbewerb zu positionieren.

9. Zu Artikel 1 Nummer 31 Buchstabe a (§ 65c Absatz 5 Satz 4 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 31 Buchstabe a sind die Wörter „von zwei Jahren“ durch die Wörter „von drei Jahren“ zu ersetzen.

Begründung:

Die Verlängerung der Nachbesserungsfrist nach § 65c Absatz 5 Satz 4 SGB V bei Nichterfüllung der Förderungskriterien des GKV-Spitzenverbandes durch Klinische Krebsregister wird grundsätzlich begrüßt.

...

juris Lex QS
12052024 ()

Wie bereits die 91. Gesundheitsministerkonferenz in ihrem Beschluss zu TOP 10.13 festgestellt hat, ist es wahrscheinlich, dass auch im Rahmen einer zweijährigen Nachbesserungsfrist nach § 65c Absatz 5 Satz 4 SGB V die Register nicht alle Förderkriterien vollumfänglich erfüllen werden. Teilweise handelt es sich bei den Fördervoraussetzungen um zurzeit objektiv noch nicht erfüllbare Kriterien, die erst nach einigen Jahren im Routinebetrieb zuverlässig erfüllt werden können (zum Beispiel wenn es um den Nachweis der aktuellen Vollzähligkeit oder um inhaltlich gehaltvolle Rückmeldungen an die Ärzteschaft geht). So beruht die Feststellung der Vollzähligkeit der Registrierungen von Personen mit Erkrankungen gemäß § 65c Absatz 1 SGB V (Förderkriterium 2.01) auf Basis der Erwartungswerte des Zentrums für Krebsregisterdaten des Robert Koch-Instituts, die für das Jahr 2017 erst Ende 2019 und für das Jahr 2018 erst Ende 2020 vorliegen werden. Da dem betreffenden klinischen Krebsregister für die Nachbesserung immer nur zwei Jahre ab (der erstmaligen) Feststellung der Nichterfüllung eines Förderkriteriums zur Verfügung steht, hilft die Formulierung „oder zu einem späteren Zeitpunkt“ in § 65c Absatz 5 Satz 4 SGB V nicht weiter. Ohne eine Anpassung des Nachbesserungszeitraumes um zwei auf drei Jahre besteht nach dem 31. Dezember 2019 keine Verpflichtung der Krankenkassen mehr, die Förderung der klinischen Krebsregister fortzusetzen.

10. Zu Artikel 1 Nummer 36 Buchstabe a (§ 75 Absatz 1a SGB V)

Der Bundesrat bittet im weiteren Gesetzgebungsverfahren klarzustellen, dass sich die zeitnahe Terminvermittlung auch auf termingebundene Kinder-Vorsorgeuntersuchungen bei Kinderärztinnen und -ärzten bezieht.

Begründung:

Der Sicherstellungsauftrag und die angemessene und zeitnahe Terminvermittlung erstrecken sich auf die gesamte vertragsärztliche Versorgung. Dabei geht es nicht nur um die Vermittlung eines Behandlungstermins im Einzelfall, sondern auch um eine dauerhafte Betreuung. Bei der kinderärztlichen Versorgung gehören dazu meist termingebundene und damit eilbedürftige Vorsorgeuntersuchungen. In ganz Deutschland gibt es einheitliche Vorsorgeuntersuchungen für Kinder. Im Rahmen des Vorsorgeprogramms werden allen Kindern bis zu ihrem sechsten Lebensjahr an zehn verschiedenen Terminen – von der Geburt bis zur Einschulung – ärztliche Untersuchungen bei den Kinder- und Jugendärzten sowie bei den Hausärzten angeboten (U1 bis U9).

Ziel der Kindervorsorgeuntersuchungen ist es, festzustellen, ob ein Kind sich gesund und altersgerecht entwickelt. Auf diese Weise können Krankheiten und Entwicklungsverzögerungen rechtzeitig erkannt und behandelt werden.

...

juris Lex QS
12052024 ()

Die termingerechte Untersuchung ist aufgrund einiger gesetzlicher Vorgaben nachzuweisen und Voraussetzung, um weitere Angebote der Daseinsvorsorge wie zum Beispiel der Besuch einer Kindertagesstätte oder Schule wahrzunehmen, so dass eine fristgerechte Terminvermittlung von besonderer Bedeutung ist.

11. Zu Artikel 1 Nummer 43 Buchstabe d (§ 87 Absatz 2b Satz 3 Nummer 2 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 43 Buchstabe d ist § 87 Absatz 2b Satz 3 Nummer 2 wie folgt zu fassen:

„2. ein von den Gesamtvertragspartnern auf Landesebene zu vereinbarenden Zuschlag, mindestens in Höhe von fünf Euro für die erfolgreiche Vermittlung eines Behandlungstermins nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 aufzunehmen.“

Begründung:

Es gibt bereits Regelungen der Vertragspartner auf Landesebene, die eine Überweisungssteuerung zwischen dem hausärztlichen und dem fachärztlichen Bereich im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung vorsehen (so zum Beispiel in Sachsen-Anhalt zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung, der AOK Sachsen-Anhalt, der IKK, der BARMER und der TK). Danach erhält der den Termin vermittelnde Hausarzt eine Vergütung von zehn Euro. Der den Patienten annehmende Facharzt erhält für unterschiedliche Dringlichkeitsstufen eine Vergütung von zehn Euro oder 15 Euro. Die Vergütung wird außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gezahlt.

Diese Verträge haben sich bewährt und sollten durch eine bundesgesetzliche Neuregelung in ihrem Bestand nicht gefährdet werden.

12. Zu Artikel 1 Nummer 44 Buchstabe a_0 – neu – (§ 87a Absatz 2 Satz 3 und Satz 4 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 44 ist dem Buchstaben a folgender Buchstabe a_0 voranzustellen:

‚a_0) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Die Vertragspartner nach Satz 1 können ergänzende Regelungen zur Vergütung der Strukturen und der ärztlichen Leistungen insbe-

...

juris Lex QS
12052024 ()

sondere im organisierten ärztlichen Notdienst sowie für einzelne neue Leistungen vereinbaren."

bb) In Satz 4 werden nach dem Wort „Abschlags" die Wörter „nach Satz 2 sowie der Vergütungsregelungen nach Satz 3" eingefügt.'

Begründung:

Den Gesamtvertragspartnern auf Landesebene soll die Möglichkeit gegeben werden, sachgerechte regionale Vertragslösungen zur Sicherung der ambulanten ärztlichen Versorgung zu schließen. Hierzu zählen beispielsweise die finanzielle Unterstützung beim Aufbau und Betrieb des Bereitschaftsdienstes, die Förderung bestimmter Leistungen wie zum Beispiel Hausbesuche und Pauschalen der fachärztlichen Grundversorger sowie Regelungen zur Vergütung der ärztlichen Leistungen im organisierten ärztlichen Notdienst.

Durch die vorgeschlagene Änderung soll der notwendige Verhandlungsspielraum geschaffen werden, um künftig sinnvolle Regelungen zur Verbesserung der Versorgung auf Landesebene zu ermöglichen.

13. Zu Artikel 1 Nummer 44 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa – neu – (§ 87a Absatz 4 Satz 1a – neu – und Satz 1b – neu – SGB V), Doppelbuchstabe bb (§ 87a Absatz 4 Satz 5 SGB V) und Buchstabe c Doppelbuchstabe cc (§ 87a Absatz 5 Satz 13 – neu – SGB V)

Artikel 1 Nummer 44 ist § 87a wie folgt zu ändern:

a) Buchstabe b ist wie folgt zu fassen:

,b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 1 werden folgende Sätze eingefügt:

„Abweichend von Satz 1 erfolgt die Anpassung des Behandlungsbedarfs einmalig bezogen auf den Basiswert der Morbiditätsstruktur der Versicherten aller Krankenkassen mit Wohnort im Bezirk der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung des Jahres 2023. Dieser Wert ist die Basis für die Fortschreibung der Vergütung gemäß Satz1 Nummer 2 in den Folgejahren."

...

juris Lex QS
12052024 ()

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„< ... weiter wie Vorlage ... >“ ‘

b) In Buchstabe c Doppelbuchstabe cc ist dem Absatz 5 nach Satz 12 folgender Satz anzufügen:

„Abweichend von Satz 1 Nummer 2 beschließt der Bewertungsausschuss einmalig für das Jahr 2023 den Basiswert für die Morbiditätsstruktur der Versicherten aller Krankenkassen mit Wohnort im Bezirk der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung.“

Begründung

Die von den Gesamtvertragspartnern auf Landesebene jährlich zu vereinbarende Anpassung der morbiditätsbedingten ärztlichen Gesamtvergütung ist seit dem Jahre 2009 auf den Behandlungsbedarf des Vorjahres zu beziehen (§ 87a Absatz 4 Satz 1 SGB V). Der Bewertungsausschuss stellt nach § 87a Absatz 5 Satz 3 SGB V über sein wissenschaftliches Institut jeweils die Veränderung der Entwicklung der Diagnosen und der demografischen Kriterien im Verhältnis zum Vorjahr fest, aus denen die Gesamtvertragspartner auf Landesebene eine gewichtete Veränderung der Morbidität vereinbaren müssen. Die Ausgangswerte für die Beurteilung der Morbidität der Bevölkerung sind seit dem Jahr 2009 nicht mehr neu ermittelt worden.

In einigen Regionen hat sich die tatsächliche Morbiditätslast der Bevölkerung stärker entwickelt, als es durch die ermittelten Veränderungsraten abgebildet wird, so dass die von den Krankenkassen gezahlte Vergütung erheblich unter der Vergütung liegt, die der tatsächlichen Morbidität im Land entsprechen würde.

Mit der vorgeschlagenen Ergänzung des § 87a SGB V würde die Möglichkeit einer einmaligen Basiskorrektur geschaffen. Diese wäre dann die Grundlage für die Folgeverhandlungen, die der jetzt bestehenden Gesetzessystematik entsprechend wieder mit einem Vorjahresbezug zu führen wären.

Die entsprechenden Daten werden vom Institut des Bewertungsausschusses ermittelt und für die Berechnung der Veränderungsraten im Vergleich zum Vorjahr genutzt. Dem Institut ist es deshalb möglich, auch einen Jahreswert zu ermitteln.

Der Gesetzentwurf sieht in § 87a Absatz 5 SGB V vor, dass aufgrund der Regelungen zur Kodierung und Prüfung im Rahmen der Abrechnungsprüfung mit einer Steigerung der Diagnosequalität zu rechnen sei. Deshalb soll die Veränderungsrate der Morbidität ab dem Jahr 2028 nur noch auf der Diagnoserate beruhen. Grundlage für die Ermittlung sollen die Diagnosen der Jahre 2023 bis 2025 sein. Vor diesem Hintergrund bietet sich das Jahr 2023 für eine einmalige Feststellung der Morbiditätsstruktur in den Ländern an.

...

juris Lex QS
12052024 ()

Bedingung hierfür ist die Einführung der verbindlichen Regelungen nach § 295 Absatz 4 Satz 3 SGB V zur Vergabe und Übermittlung der Schlüssel nach § 295 Absatz 1 Satz 5 SGB V und der nach § 87a Absatz 5 Satz 11 und 12 SGB V zu treffende Beschluss des Bewertungsausschusses für ein entsprechendes Verfahren.

14. Zu Artikel 1 Nummer 49 (§ 90 Absatz 3 Satz 4 SGB V)

Der Bundesrat bittet, im weiteren Gesetzgebungsverfahren folgende Aspekte zur Vergütung einer pauschalen Entschädigung für Zeitaufwand außerhalb von Sitzungen für die Stellvertretungen der Vorsitzenden des Landesausschusses beziehungsweise erweiterten Landesausschusses zu prüfen:

Der Bundesrat stellt fest, dass im vorliegenden Gesetzentwurf wesentliche Aufgabenerweiterungen bei den Aufgaben der Landesausschüsse vorgesehen sind. Bereits in den vergangenen Jahren gab es umfangreiche und komplexe Erweiterungen der Aufgaben des Landesausschüsse durch die Gesetzgebung und Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (Bedarfsplanungs-Richtlinie Stand: 17. Juli 2014 des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) in der Neufassung vom 20. Dezember 2012 veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 31.12.2012 B7 vom 31. Dezember 2012 in Kraft getreten am 1. Januar 2013 zuletzt geändert am 17. Juli 2014 veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 29.09.2014 B4 vom 29. September 2014 in Kraft getreten am 30. September 2014).

Um der Komplexität und dem zunehmenden Arbeitsumfang auch im Rahmen einer ehrenamtlichen Tätigkeit gerecht zu werden, hat sich hier vielfach eine Arbeitsteilung zwischen Vorsitzenden und Stellvertretung etabliert, um damit sicherzustellen, dass informierte Stellvertretungen das Gremium beziehungsweise den Vorsitzenden beraten und auch selbst die Sitzungen leiten können. Diese Arbeit mit wachsender versorgungspolitischer Bedeutung muss angemessen entschädigt werden. Die auf Grundlage des § 90 Absatz 3 Satz 4 SGB V geltende Verordnung über die Amtsdauer, Amtsführung und Entschädigung der Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschuss und der Landesausschüsse der Ärzte (Zahnärzte) und Krankenkassen (Ausschussmitglieder-Verordnung – AMV) spiegelt dieses Aufgabenspektrum und -verteilung in den Landesausschüssen bisher nicht wider. So wurde zwar für den Gemeinsamen Bundesaus-

juris Lex QS
12052024 ()

schuss auch für die Stellvertretungen die Möglichkeit einer pauschalen Entschädigung für Zeitaufwand außerhalb von Sitzungen durch die erste Verordnung zur Änderung der AMV vom 2. September 2004 (BGBl. I, S. 2325) aufgenommen. Eine Anpassung der Regelungen und damit Angleichung der Rechte der Stellvertretungen für die Landesausschüsse erfolgte bislang nicht. Nicht unmittelbar geltende, aber vergleichbare Entschädigungsregelungen, wie zum Beispiel auf Grundlage des § 71 Absatz 3 SGB IV in Verbindung mit Nummer VI. 2 der Gemeinsamen Empfehlungen für die Entschädigung der Mitglieder der Selbstverwaltungen in der Sozialversicherung berücksichtigen hingegen bereits heute die Möglichkeit, Vorsitz und Stellvertretung gleich zu entschädigen.

Der Bundesrat hält es vor diesem Hintergrund für sinnvoll, die Regelungen insoweit anzupassen, dass die Vorsitzenden und ihre Stellvertretungen sowie die weiteren unparteiischen Mitglieder der Ausschüsse, soweit sie nicht hauptamtlich tätig sind, eine pauschale Entschädigung für Zeitaufwand außerhalb von Sitzungen erhalten können, deren Höhe die Trägerorganisationen festsetzen.

Der Bundesrat bittet die Bundesregierung zu prüfen, inwieweit eine Anpassung der Entschädigungsregelungen für Zeitaufwand außerhalb von Sitzungen der Landesausschussmitglieder vorzunehmen ist.

15. Zu Artikel 1 Nummer 49 (§ 90 Absatz 4 Satz 3 SGB V)

Artikel 1 Nummer 49 ist wie folgt zu fassen:

‚49. In § 90 Absatz 4 Satz 3 werden nach dem Wort „Beschlussfassung“ die Wörter „sowie ein Antragsrecht“ eingefügt.‘

Begründung:

Mit der Änderung wird das Mitberatungsrecht der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden um ein uneingeschränktes Antragsrecht erweitert, damit die Länder bei Bedarf ihre Kompetenzen und Mitwirkungsrechte umfassend wahrnehmen können. Eine Beschränkung auf Fallgruppen entspricht nicht den Koalitionsvereinbarungen und wäre zudem auch nicht sachgerecht.

Die weiteren Entwicklungen der Bedarfsplanung und Sicherstellung indizieren ein generelles Antragsrecht. So können die bisher wenig genutzten Möglichkeiten der Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen zur Feststellung zusätzlicher Zulassungen oder eines lokalen Versorgungsbedarfs in einem nicht

...

juris Lex QS
12052024 ()

unterversorgten Planungsbereich nach § 100 Absatz 3 SGB V und die Regelungen zur Prüfung einer lokalen Versorgungslage nach § 35 Bedarfsplanungs-Richtlinie verfahrensleitend angestoßen werden. Den jeweils zuständigen obersten Landesbehörden wird dabei das Recht zur Beantragung eingeräumt, da davon ausgegangen wird, dass die Landesbehörden nicht nur über Kenntnisse über die lokale ärztliche Versorgungslage und die Altersstruktur der vorhandenen Ärzte in den jeweiligen Gebiete verfügen, sondern ihnen darüber hinaus auch weitere relevante Faktoren für einen bedarfsgerechten Zugang zur ärztlichen Versorgung bekannt sind, die von ihnen gewichtet werden können. Dies umfasst insbesondere die infrastrukturelle Gesamtsituation in ländlichen oder strukturschwachen Gebieten eines Planungsbereichs, die Gestaltung der Mobilität (Anschluss an den öffentlichen Nahverkehr, Nahversorgungs-, Bildungs- und andere öffentliche Einrichtungen) sowie die Versorgungssituationen und infrastrukturellen Verflechtungen in und zu benachbarten Gemeinden und Kreisen.

16. Zu Artikel 1 Nummer 51 Buchstabe b (§ 92 Absatz 6a Satz 4 SGB V)

Artikel 1 Nummer 51 Buchstabe b ist zu streichen.

Begründung:

Die im Gesetzentwurf vorgeschlagene Ergänzung von § 92 Absatz 6a SGB V um den Satz „Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt in den Richtlinien Regelungen für eine gestufte und gesteuerte Versorgung für die psychotherapeutische Behandlung einschließlich der Anforderungen an die Qualifikation der für die Behandlungssteuerung verantwortlichen Vertragsärzte und Psychotherapeuten.“ sollte nicht vorgenommen werden.

Die am 1. April 2017 in Kraft getretene Neufassung der PT-Richtlinie sieht bereits heute eine Steuerung des Versicherten in die für ihn geeignete Versorgungsebene durch die Durchführung einer verpflichtenden Sprechstunde vor. Die Wartezeiten auf ein erstes Gespräch und auf schnelle Erstinterventionen haben sich dadurch verkürzt. Eine systematische Evaluation sollte abgewartet werden, um gegebenenfalls gezielt weitere Anpassungen vorzunehmen.

Erst Anfang 2017 erfolgte eine umfassende Strukturreform der Psychotherapie-Richtlinie, die in Teilen mit den Elementen Sprechstunde, Akutversorgung et cetera bereits eine gestufte Versorgung vorsieht. Zum jetzigen Zeitpunkt liegen hierzu noch keine Evaluationsergebnisse vor. Daher erscheint eine erneute Umstrukturierung, ohne Ergebnisse der aktuellen Strukturreform zu kennen, nicht zielführend. Die vorgeschlagene Änderung kann nunmehr dazu führen, dass Patienten mit psychischen Erkrankungen insbesondere in ländlichen Regionen längere Versorgungswege zugemutet werden und der Zugang zur Versorgung für diese Patientengruppe damit nicht verbessert, sondern verschlechtert wird. Die Schaffung hierarchischer Zuweisungswege stellt außerdem die bestehende Qualifikation der Vertragsärzte und Psychotherapeuten in Frage und

juris Lex QS
12052024 ()

spricht diesen die Fähigkeit zur indikationsgerechten Versorgung ab. Nicht zuletzt existiert mit dem Gutachterverfahren ein bewährtes Steuerungselement, um den Zugang zu einer längerfristigen psychotherapeutischen Versorgung zu regeln.

Mit der vorgesehenen Regelung besteht die Gefahr, dass zusätzliche Hürden für psychisch kranke Menschen aufgebaut werden und dadurch der Zugang zur Psychotherapie eher noch erschwert wird. So könnte die wichtige Niederschwelligkeit nicht mehr gegeben sein, wenn Patienten sich an mehreren Stellen offenbaren müssen.

17. Zu Artikel 1 Nummer 51 Buchstabe c – neu – (§ 92 Absatz 7e und Absatz 7f SGB V)

In Artikel 1 ist der Nummer 51 folgender Buchstabe c anzufügen:

‚c) Absatz 7e und Absatz 7f werden wie folgt gefasst:

„(7e) Bei den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 9 und Nummer 13 erhalten die Länder ein Mitberatungsrecht. Die Mitberatung umfasst auch das Recht, Beratungsgegenstände auf die Tagesordnung setzen zu lassen und das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung. Bei Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2, § 116b Absatz 4, § 135b Absatz 2 Satz 2, den §§ 136 bis 136d, 137a, 137b, 137c, 137e und 137f erhalten die Länder das Recht, Anträge zu stellen. Das Mitberatungs- und Antragsrecht wird durch zwei Vertreter der Länder ausgeübt, die von der Gesundheitsministerkonferenz benannt werden. Das Mitberatungsrecht beinhaltet auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat über Anträge der Länder nach Satz 4 in der auf die Antragstellung folgenden Sitzung des jeweiligen Gremiums zu beraten. Wenn über einen Antrag nicht entschieden werden kann, soll in der Sitzung das Verfahren hinsichtlich der weiteren Beratung und Entscheidung festgelegt werden. Entscheidungen über die Einrichtung einer Arbeitsgruppe und die Bestellung von Sachverständigen durch einen Unterausschuss sind nur im Einvernehmen mit den von den Ländern benannten Personen zu treffen. Dabei haben diese ihr Votum einheitlich abzugeben. Die Länder werden bei der Durchführung Ihres Mitberatungsrechts durch geeignete Maßnahmen organisatorisch und inhaltlich unterstützt. Hierzu kann der Gemeinsame Bundesausschuss eine Stabsstelle Länderbeteiligung einrichten.

...

juris Lex QS
12052024 ()

(7f) Vor der Entscheidung über die Richtlinien nach § 136 Absatz 1 in Verbindung mit § 136a Absatz 1 Satz 1 bis 3 ist dem Robert Koch-Institut Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Das Robert Koch-Institut hat die Stellungnahme mit den wissenschaftlichen Kommissionen am Robert Koch-Institut nach § 23 des Infektionsschutzgesetzes abzustimmen. Die Stellungnahme ist in die Entscheidung einzubeziehen.“ ‘

Begründung:

Entsprechend Rz. 4581 ff. des Koalitionsvertrags zwischen CDU, CSU und SPD für die 19. Legislaturperiode werden den Ländern künftig in den Beratungen zur Bedarfsplanung und zu allen Aspekten der Qualitätssicherung die gleichen Rechte und Pflichten wie den Patientenvertretern nach § 140f SGB V eingeräumt. Die Länder erhalten bei den Richtlinien zur Qualitätssicherung ein erweitertes Mitberatungs- und Anwesenheitsrecht im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) (§ 91 SGB V). Bei versorgungsrelevanten Beschlüssen des G-BA erhalten die Länder zudem das Recht, Anträge zu stellen. Flankierend wird dem G-BA die Möglichkeit eröffnet, eine Stabsstelle für die Länderbeteiligung einzurichten, damit die Mitwirkung auch organisatorisch und finanziell unterstützt wird. Damit soll die Wahrnehmung der Länderaufgaben zur Sicherung der ärztlichen Versorgung und Wahrung der Länderrechte in den Bereichen Bedarfsplanung und Qualitätssicherung optimiert werden.

bei Annahme entfallen Ziffern 19 und 20

18. Zu Artikel 1 Nummer 52 Buchstabe b Doppelbuchstabe cc – neu –
(§ 95 Absatz 2 Satz 9a – neu – bis Satz 9c – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nummer 52 Buchstabe b ist nach Doppelbuchstabe bb folgender Doppelbuchstabe cc anzufügen:

‚cc) Nach Satz 9 werden folgende Sätze eingefügt:

„Anträge auf Zulassung eines medizinischen Versorgungszentrums sowie auf Genehmigung der Anstellung eines Arztes in einem zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum sind abzulehnen, wenn das medizinische Versorgungszentrum eine marktbeherrschende Stellung erlangt. Eine marktbeherrschende Stellung wird angenommen, wenn ein oder mehrere medizinische Versorgungszentren unter gleicher Trägerschaft mehr als 50 Prozent der Arztsitze der jeweiligen Fachgruppe innerhalb des Planungsbereiches innehat. Ausnahmen sind für Gebiete, für die der Landesausschuss Unterversorgung oder drohende Unterversorgung festgestellt hat, zulässig.“ ‘

...

juris Lex QS
12052024 ()

Begründung

Mit dieser Ergänzung soll der – teilweise bereits realisierten – Gefahr, dass medizinische Versorgungszentren in einzelnen Planungsbereichen eine monopolartige Stellung erlangen und damit die Versorgungslandschaft nach ihren Vorstellungen und wirtschaftlichen Interessen prägen können, entgegengewirkt werden. Für Gebiete, für die der Landesausschuss Unterversorgung oder drohende Unterversorgung festgestellt hat, wird ausdrücklich eine abweichende Ausnahmeregelung vorgesehen.

entfällt bei Annahme von Ziffer 18

bei Annahme entfällt Ziffer 20

19. Hilfsempfehlung zu Ziffer 18

Zu Artikel 1 Nummer 52 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb (§ 95 Absatz 1a Satz 2a – neu – SGB V) und Doppelbuchstabe cc (§ 95 Absatz 1a bisheriger Satz 2 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 52 ist Buchstabe a wie folgt zu ändern:

a) In Doppelbuchstabe bb ist nach dem einzufügenden Satz 2 folgender Satz einzufügen:

„Die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die von zugelassenen Trägern nach Satz 1 gegründet wurden, ist auf den jeweiligen KV-Bezirk, in dem der Träger seinen Sitz hat, und in der fachärztlichen Versorgung auf einen Anteil von 25 Prozent der Ärzte einer Facharztgruppe begrenzt; der Zulassungsausschuss kann hierzu aus Gründen der vertragsärztlichen Versorgung Ausnahmen festlegen.“

b) In Doppelbuchstabe cc sind nach der Angabe „§ 126 Absatz 3“ die Wörter „und die von Krankenhäusern nach Satz 2a“ einzufügen.

Begründung:

Ähnlich wie bei Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen soll auch bei allen zugelassenen Trägern nach § 95 Absatz 1a Satz 1 SGB V der Entwicklung entgegengewirkt werden, dass medizinische Versorgungszentren zunehmend aus wirtschaftlichen Gründen gegründet werden oder marktbeherrschend werden. Hierzu soll die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren auf den jeweiligen K(Z)V-Bezirk in dem der nach § 95 Absatz 1a Satz 1 SGB V zugelassene Träger seinen Sitz hat und im Bereich der fachärztlichen Versorgung auf einen Versorgungsanteil von 25 Prozent innerhalb der jeweiligen Facharztgruppe begrenzt werden. Aus Gründen der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung kann der Zulassungsausschuss hierzu Ausnahmen beschließen. Der Bestandsschutz für bereits zugelassene medizinische Versorgungszentren soll wie bei denen von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen gelten.

...

juris Lex QS
12052024 ()

entfällt bei Annahme von Ziffer 18 oder Ziffer 19

20. Hilfsempfehlung zu Ziffer 18 und Ziffer 19

Zu Artikel 1 Nummer 52 Buchstabe b (§ 95 Absatz 2 SGB V)

Der Bundesrat bittet, im weiteren Gesetzgebungsverfahren geeignete Regelungen in das Gesetz aufzunehmen, um den feststellbaren und für das Versorgungsgeschehen und die Versorgungssicherheit schädlichen Monopolisierungstendenzen in der vertragsärztlichen Versorgung durch Medizinische Versorgungszentren (MVZ) wirksam zu begegnen.

Begründung:

MVZ leisten seit Jahren einen wertvollen Beitrag zur vertragsärztlichen Versorgung. Sie flexibilisieren die Erbringung und Organisation ärztlicher Leistungen und die ärztliche Berufsausübung als solche. Sie kommen damit dem Berufsbild und den Berufserwartungen gerade junger Mediziner sehr entgegen und tragen damit auch zur Nachwuchsgewinnung für die unmittelbare Patientenversorgung bei. Sie stellen damit eine gute Ergänzung und Alternative zur Tätigkeit in eigener Praxis dar.

Durch die vorliegend geplante Regelung soll nun klargestellt werden, dass einzelne MVZ-Trägergesellschaften nicht auf das Betreiben eines einzigen MVZ beschränkt sind, sondern zeitgleich mehrere MVZ tragen können. Die hierdurch mögliche Vereinfachung und Entbürokratisierung der Abläufe in der Praxis wird grundsätzlich begrüßt.

Es ist jedoch zu befürchten, dass dadurch zugleich die Bildung von versorgungsschädlichen konzernartigen Monopolstrukturen in der ärztlichen Versorgung weiter begünstigt werden könnte. Denn bereits heute sind in der vertragsärztlichen Versorgung gerade im Bereich der MVZ in einzelnen Regionen beziehungsweise Fachrichtungen bedenkliche Monopolisierungstendenzen und zunehmend konzernartig aufgebaute MVZ beziehungsweise MVZ-Ketten festzustellen.

Für MVZ wurden bereits Rechtsformen wie die Aktiengesellschaft und rein kommerzielle Gründergesellschaften ohne Beteiligung von Leistungserbringern ausgeschlossen, um einem Überhandnehmen von reinen Kapitalinteressen in der Versorgung durch MVZ zu begegnen. Einem vergleichbaren Ziel dient auch die im vorliegenden Gesetzentwurf enthaltene Regelung zur Beschränkung der Gründungsberechtigung von Erbringern nicht-ärztlicher Dialyseleistungen auf fachbezogene MVZ.

Dies alleine reicht jedoch nicht aus, um im Bereich der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung durch MVZ auch zukünftig ausreichende Versorgungssicherheit zu gewährleisten und Versorgungsentscheidungen von patientenschädlichen Fremdeinflüssen weiterhin freizuhalten. Hierzu sind allgemeine Regelungen erforderlich, die für die Versorgung durch MVZ insgesamt greifen – gleich in welcher Trägerschaft.

...

juris Lex QS
12052024 ()

Vor diesem Hintergrund wird gebeten, im weiteren Gesetzgebungsverfahren geeignete zusätzliche Regelungen zu schaffen, um den zunehmenden Monopolisierungstendenzen in der vertragsärztlichen Versorgung durch MVZ verlässlich entgegenzuwirken.

bei Annahme entfällt Ziffer 22

21. Zu Artikel 1 Nummer 52 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb (§ 95 Absatz 1a Satz 1a – neu – SGB V)
Doppelbuchstabe cc (§ 95 Absatz 1a bisheriger Satz 2 SGB V)
Buchstabe c Doppelbuchstabe aa (§ 95 Absatz 3 Satz 1 SGB V)

Artikel 1 Nummer 52 ist wie folgt zu ändern:

a) Buchstabe a ist wie folgt zu ändern:

aa) Doppelbuchstabe bb ist wie folgt zu fassen:

‚bb) Nach Satz 1 werden folgende Sätze eingefügt:

„Krankenhäuser sind zur Gründung von medizinischen Versorgungszentren nur berechtigt, wenn der Krankenhausstandort innerhalb des entsprechenden Planungsbereich liegt, in dem das medizinische Versorgungszentrum seinen Sitz haben soll, oder es in einem Gebiet liegt, für das der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine Feststellung nach § 100 Absatz 1 Satz 1 getroffen hat und das Krankenhaus nach der Feststellung im Krankenhausplan einen Versorgungsauftrag in den Fachgebieten hat, die im medizinischen Versorgungszentrum vertreten sein sollen. Erbringer < ... weiter wie Vorlage ... >.“ ‘

bb) Doppelbuchstabe cc ist wie folgt zu fassen:

‚cc) Im bisherigen Satz 2 werden vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und die Wörter „die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die von zugelassenen Krankenhäusern oder von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 gegründet wurden und am < ... weiter wie Vorlage ... > eingefügt.‘

...

juris Lex QS
12052024 ()

b) Buchstabe c Doppelbuchstabe aa ist wie folgt zu fassen:

‚aa) In Satz 1 werden die Wörter „zeitlich vollen oder hälftigen“ gestrichen sowie nach dem Wort „ist“ ein Semikolon sowie die Wörter „dabei soll grundsätzlich der gesamte Versorgungsauftrag des jeweiligen Fachgebietes erfüllt werden, soweit der Zulassungsausschuss keine Einschränkung zugelassen hat“ eingefügt.‘

Begründung:

In immer mehr Bereichen der ambulanten ärztlichen Versorgung bilden sich konzernartige Strukturen aus, oft in der Hand renditeorientierter Unternehmen. In manchen Regionen, besonders in Ballungsräumen, sind alle oder ein Großteil der Arztsitze einer Fachgruppe in der Hand desselben Konzerns. Es besteht die Gefahr der Monopolisierung und damit der Verschlechterung der Patientenversorgung. Der primär gewinnorientierte Zuschnitt dieser konzernartigen Strukturen begründet oder verschärft Schieflagen in der Versorgungssituation, insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Regionen. Regional wird daher die Wahlfreiheit für Patientinnen und Patienten eingeschränkt oder geht sogar verloren. Zudem wird es auch schwerer für die Patienten, in der Nähe ihres Wohnortes Zugang zu einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung zu finden. Auch für junge Ärztinnen und Ärzte wird es in diesen Regionen zunehmend schwerer oder sogar unmöglich, sich selbständig in eigener Praxis niederzulassen. Sogar für angestellte Arztinnen oder Ärzte wird es dann schwierig, wohnortnah den Arbeitgeber zu wechseln. Patientinnen und Patienten werden damit ebenso wie Ärztinnen und Arzte von einem Konzern abhängig. Im Zuge der Konzernbildung kommt es zudem eher zur Konzentration der Leistungsangebote in Ballungsräumen.

Der Bundesgesetzgeber hat in den letzten Jahren mehrfach die Regelungen zur Gründung und zum Betrieb von MVZ eingeschränkt. So wurde durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) 2012 der Kreis der gründungsberechtigten Leistungserbringer beschränkt. In der Gesetzesbegründung heißt es dazu, dass „Medizinische Versorgungszentren besonders in den kapitalintensiven Bereichen wie der Labormedizin oder der operierenden Augenheilkunde immer häufiger von Investoren gegründet werden, die keinen fachlichen Bezug zur medizinischen Versorgunghaben, sondern allein Kapitalinteressen verfolgen.“

Die aktuelle Entwicklung zeigt aber, dass die bisherigen Regelungen nicht ausreichen, um der Entwicklung entgegenzuwirken. Um Fehlentwicklungen entgegenzuwirken, sind räumlich-regionale und fachliche Beschränkungen für die Gründung von MVZ erforderlich.

...

juris Lex QS
12052024 ()

Zu Buchstabe a:

Zu Doppelbuchstabe aa:

Voraussetzung für die Gründung eines Krankenhaus-MVZ soll zukünftig sein, dass das Krankenhaus einen fachlichen und räumlichen Bezug zum Versorgungsauftrag des MVZ hat. Dadurch wird verhindert, dass Krankenhausträger über die Gründung eines MVZ das Leistungsspektrum ausweiten. Ebenso soll es nicht mehr zulässig sein, dass ein Krankenhaus-MVZ in großer räumlicher Entfernung vom Sitz des Krankenhauses betrieben werden, da in diesem Fall erkennbar ist, dass keine Versorgungsgesichtspunkte im Vordergrund stehen. Sofern zum Beispiel ein zugelassenes Krankenhaus nicht über eine Fachabteilung auf dem Gebiet der Zahnheilkunde verfügt, ist die Gründung eines ausschließlich vertragszahnärztlichen MVZ nicht sachgerecht.

Eine Ausnahme soll lediglich dann greifen, wenn durch die MVZ-Gründung eine bestehende oder drohende Unterversorgung beseitigt werden kann, da in diesem Fall die Sicherstellung der Versorgung Vorrang hat.

Mit dieser Regelung bleibt auch weiterhin die Gründung von (zahn)medizinischen Versorgungszentren für zugelassene Ärztinnen und Ärzten sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte wie auch für zugelassene Krankenhäuser möglich. Lediglich in der Standortwahl sowie beim medizinisch-fachlichen Bezug zum eigenen (zahn)medizinischen Leistungsspektrum haben zugelassene Krankenhäuser beziehungsweise deren Träger verhältnismäßige Einschränkungen zu beachten, damit eine flächendeckende Versorgung der Bürgerinnen und Bürger sichergestellt bleibt.

Zu Doppelbuchstabe bb:

Für bereits gegründete (zahn)medizinische Versorgungszentren soll wie auch bei den Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 SGB V ein Bestandsschutz gelten.

Zu Buchstabe c:

Nach der Übernahme bestehender Praxen durch MVZ kommt es in einigen Fällen zu einer Einengung der angebotenen Versorgung auf bestimmte, besonders lukrative Leistungen, während andere, zum Beispiel konservative Teile des Versorgungsspektrums verloren gehen. Der Sachverständigenrat hat deswegen vorgeschlagen, dass es ermöglicht werden soll, die Sitzvergabe an die Verpflichtung zur Erbringung eines bestimmten (insbesondere grundversorgenden) Leistungsspektrums zu koppeln. Mit der vorgesehenen Änderung soll hierfür eine gesetzliche Grundlage geschaffen werden.

...

juris Lex QS
12052024 ()

entfällt bei Annahme von Ziffer 21

22. Hilfsempfehlung zu Ziffer 21

Zu Artikel 1 Nummer 52 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb (§ 95 Absatz 1a Satz 2a – neu – SGB V) und Doppelbuchstabe cc (§ 95 Absatz 1a bisheriger Satz 2 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 52 Buchstabe a ist § 95 Absatz 1a wie folgt zu ändern:

a) In Doppelbuchstabe bb ist nach dem einzufügenden Satz 2 folgender Satz einzufügen:

„Krankenhäuser können ein medizinisches Versorgungszentrum, in welchem zahnärztliche Leistungen erbracht werden sollen, nur gründen, wenn der Krankenhausstandort innerhalb des entsprechenden zahnärztlichen Planungsgebietes liegt, in dem das medizinische Versorgungszentrum seinen Sitz haben soll oder es in einem Gebiet liegt, für das der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine Feststellung nach § 100 Absatz 1 Satz 1 getroffen hat und das Krankenhaus durch das Vorhalten einer Zahnklinik oder einer Klinik für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie einen fachlichen Bezug zum zahnmedizinischen Versorgungszentrum aufweist.“

b) In Doppelbuchstabe cc sind im bisherigen Satz 2 nach der Angabe „§ 126 Absatz 3“ die Wörter „und die von Krankenhäusern nach Satz 2a“ einzufügen.

Begründung:

Der Gesetzentwurf schränkt für Erbringer nichtärztlicher Dialyseeinrichtungen nach § 126 Absatz 3 SGB V die Möglichkeit zur Gründung von fachfremden medizinischen Versorgungszentren ein. Begründet wird dies damit, dass sich in den letzten Jahren gezeigt hat, dass zunehmend Kapitalinvestoren ohne fachlich-medizinischen Bezug zur vertragsärztlichen Versorgung diese Leistungserbringer aufkaufen, um hierüber Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung zu erhalten. Die Gründung von fachfremden medizinischen Versorgungszentren, auch ohne räumliche Nähe zu Krankenhäusern, ist nach der gegenwärtigen Rechtslage zulässig. Dem Einfluss von Kapitalinteressen ohne fachlichen Bezug zur medizinischen Versorgung soll mit dem Gesetzentwurf entgegengetreten werden.

Im zahnärztlichen Bereich ist aktuell eine ähnliche Entwicklung zu beobachten. So kaufen Großinvestoren kleine Krankenhäuser in ländlichen Regionen auf und gründen dann medizinische Versorgungszentren, die von Zahnärzten betrieben werden. Diese siedeln sich vornehmlich in Ballungsräumen oder ein-

juris Lex QS
12052024 ()

kommensstarken ländlichen Regionen an.

Der Einfluss von Kapitalinteressen in Bezug auf die zahnärztliche Versorgung ist mit der Entwicklung bei den Erbringern von nichtärztlichen Dialyseleistungen vergleichbar.

Ein völliges Untersagen der Übernahme von Krankenhäusern insbesondere in strukturschwachen Gebieten ist nicht zielfördernd, weil dadurch positive Effekte auf die medizinische Versorgung in derartigen Gebieten möglich sein können.

Mit der hier vorgeschlagenen weiteren Ergänzung des § 95 Absatz 1a SGB V soll aber dieser wirtschaftlich motivierte Einfluss über den Aufkauf von Krankenhäusern in räumlich-regionaler und medizinisch-fachlichen Weise eingeschränkt werden.

Für die Gründung von medizinischen Versorgungszentren im zahnärztlichen Bereich sollte daher deren Standortwahl einen räumlichen Bezug zum Krankenhaus aufweisen und vornehmlich in unterversorgten Gebieten erfolgen, so wie es der Gesetzentwurf auch bei den anerkannten Praxisnetzen vorsieht.

Mit dieser Einschränkung der Standortwahl dürfte sich die Attraktivität solcher Aufkäufe für die Großinvestoren verringern, ohne dass Krankenhäusern die generelle Möglichkeit zur Gründung von medizinischen Versorgungszentren zur ambulanten Ergänzung ihres stationären Leistungsangebotes insbesondere im ländlichen Raum entzogen würde.

Auch beim medizinisch-fachlichen Bezug besteht eine vergleichbare Situation wie bei den Erbringern von nichtärztlichen Dialyseleistungen. Deshalb sollte auch hier die Gründung eines medizinischen Versorgungszentrums durch ein Krankenhaus einen fachlichen Bezug zur zahnärztlichen Versorgung aufweisen.

Der Bestandsschutz für bereits gegründete zahnärztliche medizinische Versorgungszentren soll auch wie bei denen von Erbringern nicht ärztlicher Dialyseleistungen gelten.

23. Zu Artikel 1 Nummer 52 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa
(§ 95 Absatz 1a Satz 1 SGB V) und
Nummer 56 Buchstabe f – neu –
(§ 105 Absatz 5 Satz 1 SGB V)

Artikel 1 ist wie folgt zu ändern:

a) In Nummer 52 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa sind in § 95 Absatz 1a Satz 1 die Wörter „in Gebieten, für die der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine Feststellung nach § 100 Absatz 1 Satz 1 getroffen hat,“ zu streichen.

...

juris Lex QS
12052024 ()

b) Der Nummer 56 ist folgender Buchstabe f anzufügen:

‚f) In Absatz 5 Satz 1 werden nach dem Wort „Kommunen“ die Wörter „und Praxisnetze, die nach § 87b Absatz 4 von einer Kassenärztlichen Vereinigung als besonders förderungswürdig anerkannt werden,“ eingefügt.‘

Begründung:

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass auch anerkannte Praxisnetze ein MVZ gründen können, beschränkt dies aber auf Gebiete, für die der Landesausschuss eine Unterversorgung oder drohende Unterversorgung festgestellt hat. Diese enge Ausnahmeregelung würde die Möglichkeiten, Praxisnetze zur Sicherstellung der Versorgung insbesondere in ländlichen Regionen zu nutzen, zu sehr einengen. Mit der Änderung sollen Praxisnetze mit Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigung grundsätzlich in begründeten Ausnahmefällen ein MVZ gründen können. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können ihren Sicherstellungsauftrag damit auch über diesen Weg erfüllen.

24. Zu Artikel 1 Nummer 52 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa
(§ 95 Absatz 2 Satz 6 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 52 Buchstabe b ist Doppelbuchstabe aa wie folgt zu fassen:

‚aa) In Satz 6 wird nach dem Wort „Gesellschafter“ das Wort „vorrangig“ und wird nach dem Wort „oder“ das Wort „hilfsweise“ eingefügt.‘

Begründung:

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Regelung mit gleichwertig nebeneinander stehenden Sicherheitsleistungen wird als problematisch angesehen. Sie würde den Zulassungsausschuss in die kaum lösbare Situation bringen, schon im Vorwege die Höhe der Sicherheitsleistung festlegen zu müssen. Dies ist bei einer selbstschuldnerischen Bürgschaft nicht erforderlich, so dass dies die praktikablere Regelung ist. Ferner ist ein Vertragsarzt nicht in der Haftung begrenzt, wofür die Notwendigkeit der selbstschuldnerischen Bürgschaft einen Ausgleich schaffen sollte.

...

juris Lex QS
12052024 ()

25. Zu Artikel 1 Nummer 52 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa
(§ 95 Absatz 2 Satz 6 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 52 Buchstabe b ist Doppelbuchstabe aa wie folgt zu fassen:

‚aa) In Satz 6 werden nach den Wörtern „beschränkter Haftung“ die Wörter „oder einer eingetragenen Genossenschaft“ und nach dem Wort „Gesellschafter“ wird das Wort „entweder“ eingefügt.‘

Begründung:

Es ist nicht nachvollziehbar, warum die Erbringung von Sicherheitsleistungen oder Bürgschaftserklärungen ausschließlich bei Gesellschaftern einer MVZ in der Rechtsform einer GmbH vorausgesetzt wird. Eine entsprechende Regelung auch für Gesellschafter einer Genossenschaft fehlt.

Grundsätzlich haften die Gesellschafter einer Genossenschaft mit ihren in der Satzung bestimmten Geschäftsanteilen. Anders als im Falle einer GmbH, für die § 5 Absatz 1 GmbHG regelt, dass das Stammkapital mindestens 25 000 Euro betragen muss, ist kein Mindestkapital bei Genossenschaften vorgesehen (§ 8a Absatz 1 GenG). Darüber hinaus enthalten die Satzungen der Genossenschaften unterschiedliche Bestimmungen darüber, ob die Mitglieder für den Fall, dass die Gläubiger im Insolvenzverfahren über das Vermögen der Genossenschaft nicht befriedigt werden, Nachschüsse zur Insolvenzmasse unbeschränkt, beschränkt auf eine bestimmte Summe (Haftsumme) oder überhaupt nicht zu leisten haben (§ 6 Nummer 3 GenG).

Es erscheint nicht gerechtfertigt, dass die Wahl der Rechtsform der eingetragenen Genossenschaft zu einer größtmöglichen Enthaftung der hinter ihr stehenden natürlichen Personen führen kann. Da sich die KVen und die Krankenkassen bei möglichen Forderungen (zum Beispiel Ansprüchen aus fehlerhaften Abrechnungen, Regresse aus Wirtschaftlichkeitsprüfungen) nicht anderweitig absichern können, würden entsprechende Schäden zu Lasten der GKV-Versichertengemeinschaft gehen. Ist die Nachschusspflicht vollkommen ausgeschlossen, dann müssen die Mitglieder auch im Insolvenzfall der Genossenschaft keine weiteren Zahlungen leisten.

26. Zu Artikel 1 Nummer 52 (§ 95 SGB V)

Der Bundesrat bittet, im weiteren Gesetzgebungsverfahren die Zulassungsverordnung für Zahnärzte zu ändern und an die gesetzlichen Neuregelungen anzupassen.

...

juris Lex QS
12052024 ()

Begründung:

Infolge der Änderungen zu § 95 SGB V soll mit Artikel 15 des Gesetzentwurfs die Zulassungsverordnung für Ärzte in mehreren Punkten angepasst werden. Dies betrifft insbesondere die Möglichkeit, die Zulassung beziehungsweise den Versorgungsauftrag künftig um ein Viertel reduzieren zu können (§ 19a Absatz 2 Ärzte-ZV) sowie die Konkretisierung der Prüfpflichten und Sanktionsmechanismen im Hinblick auf die Einhaltung des Versorgungsauftrages (§ 19a Absatz 4 Ärzte-ZV).

Die gesetzlichen Änderungen hierzu in § 95 SGB V gelten gemäß § 72 Absatz 1 Satz 2 SGB V entsprechend für Zahnärzte, sofern nichts Abweichendes bestimmt ist. Infolgedessen sollte auch die Zahnärzte-ZV entsprechend angepasst werden.

27. Zu Artikel 1 Nummer 53 (§ 96 Absatz 2a Satz 3 – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nummer 53 ist dem § 96 Absatz 2a folgender Satz anzufügen:

„Die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden können die Wahrnehmung des Mitberatungsrechts ganz oder teilweise auf nachgeordnete Behörden übertragen.“

Begründung:

Die für die Sozialversicherungsträger zuständigen obersten Landesbehörden erhalten in den enumerativ aufgezählten Verfahren der Zulassungsausschüsse ein Mitberatungsrecht, das zugleich ein Informations- und verfahrensleitendes Antragsrecht umfasst. Sie werden dadurch in die Lage versetzt, bei für das Versorgungsgeschehen besonders relevanten Entscheidungen angemessen mitwirken zu können.

Da die Zulassungsausschüsse jährlich eine sehr große Anzahl von Verfahren abzuarbeiten haben, erscheint die Mitwirkung unmittelbar und ausschließlich durch eine oberste Landesbehörde, insbesondere in großen Flächenstaaten, kaum realisierbar. Um eine effektive Wahrnehmung des Mitberatungsrechts sicherzustellen, sollte eine Delegationsmöglichkeit dieser Rechte auf geeignete Fachstellen geschaffen werden, die für diese Aufgabe auch passgenauer organisiert und ausgestattet werden können, als dies in obersten Landesbehörden der Fall ist. Dies dient sowohl einer effektiven Mitberatung durch geeignete Landesbehörden wie zugleich auch einer effektiven Führung der Zulassungsverfahren durch die Zulassungsausschüsse.

...

juris Lex QS
12052024 ()

28. Zu Artikel 1 Nummer 53a – neu – (§ 100 Absatz 2 SGB V)

In Artikel 1 ist nach Nummer 53 folgende Nummer 53a einzufügen:

‚53a. § 100 Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Konnte durch Maßnahmen einer Kassenärztlichen Vereinigung oder durch andere geeignete Maßnahmen die Sicherstellung nicht gewährleistet werden und dauert die Unterversorgung auch nach Ablauf der Frist an, hat die Kassenärztliche Vereinigung die Versorgung im betroffenen Planungsbereich im erforderlichen Umfang nach den weiteren Vorgaben des § 105 Absatz 1b durch eigene Einrichtungen sicherzustellen. Darüber hinaus können die Landesausschüsse mit verbindlicher Wirkung für die Zulassungsausschüsse nach deren Anhörung Zulassungsbeschränkungen in anderen Gebieten nach den Zulassungsverordnungen anordnen.“ ‘

Begründung:

Die Anordnung von Zulassungsbeschränkungen in einem bedarfsplanerisch nicht überversorgten Planungsbereich kann in Einzelfällen zu Zwecken der Niederlassungssteuerung durchaus geeignet und geboten sein. Die Erfahrungen der letzten Jahre haben aber gezeigt, dass die zwingende Festlegung dieser Rechtsfolge im Falle der Nichtabwendung von festgestellter Unterversorgung nach erfolglosem Fristablauf nicht in jedem Fall ein geeignetes Mittel der Versorgungssteuerung darstellt und sich in Einzelfällen sogar negativ auf das örtliche Versorgungsgeschehen und die notwendige Nachwuchsgewinnung als solche auswirken kann.

Denn gerade in größeren Flächenstaaten können Konstellationen entstehen, in denen ein unterversorgter Planungsbereich in näherer und mittlerer Entfernung nur von überversorgten Planungsbereichen umgeben ist, die damit ohnehin bereits einer Zulassungsbeschränkung unterliegen. Zum Teil befinden sich die (wenigen) regelversorgten und damit grundsätzlich sperrbaren Planungsbereiche nur in so großer Entfernung zum unterversorgten Planungsbereich, dass von deren Sperrung durch den Landesausschuss keinerlei Steuerungswirkung auf Niederlassungen im unterversorgten Planungsbereich mehr zu erwarten ist. In solchen Fällen wird durch die bislang verpflichtende Regelung eine Versorgungsverbesserung in weit entfernt liegenden Planungsbereichen verhindert, ohne damit realistisch eine Versorgungsverbesserung im unterversorgten Planungsbereich erreichen zu können. Denn nach der bisherigen Regelung muss nach erfolglosem Fristablauf zumindest für einen anderen Planungsbereich eine Zulassungsbeschränkung angeordnet werden.

Daneben gibt es Konstellationen, in denen der unterversorgte Planungsbereich unmittelbar nur von ebenfalls schlecht versorgten Planungsbereichen umgeben ist, die selbst entweder unterversorgt oder drohend unterversorgt sind bezie-

...

juris Lex QS
12052024 ()

hungsweise hinsichtlich ihres Versorgungsgrades und ihrer Versorgungsstruktur nur kurz vor entsprechenden Feststellungen stehen. Wenn dann in mittlerer Entfernung nur überversorgte Planungsbereiche vorhanden sind und andere regelversorgte Planungsbereiche wiederum nur in so weiter Entfernung, dass von ihrer Sperrung keine regionale Steuerungswirkung mehr zu erwarten wäre, müsste zwingend ein benachbarter, ebenfalls bereits unzureichend versorgter Planungsbereich gesperrt werden. Es scheint jedoch kaum vermittelbar, dort eine Versorgungsverbesserung durch Zulassungsbeschränkung auszuschließen, wenn dadurch in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang auch dort eine Unterversorgung festgestellt werden müsste. Dies gilt umso mehr, wenn in dem zu sperrenden Planungsbereich bereits altersbedingte Tätigkeitsaufgaben niedergelassener Ärzte absehbar sind.

In beiden dargestellten Fällen wird durch die verpflichtende Sperrung regelversorgter Planungsbereiche eine der eigentlichen Absicht der Norm entgegenstehende Wirkung ausgelöst.

Gleichwohl kann die Sperrung eines regelversorgten Planungsbereichs in anderen Konstellationen sehr wohl zu einer Versorgungsverbesserung durch das gezielte Einwirken auf Niederlassungsmöglichkeiten im näheren beziehungsweise mittleren räumlichen Umfeld führen.

Geeigneter erscheint es daher, die bereits im Gesetzentwurf vorgesehene Einrichtung von Eigeneinrichtungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen an dieser Stelle als vorrangige und verbindliche Rechtsfolge vorzusehen und eine Sperrung weiterer Planungsbereiche als zusätzliche Möglichkeit der Versorgungssteuerung in das Ermessen des Landesausschusses zu stellen.

29. Zu Artikel 1 Nummer 55 Buchstabe a (§ 103 Absatz 1 Satz 2 SGB V)

Der Bundesrat begrüßt ausdrücklich die Zielrichtung des Gesetzentwurfs, für die Arztgruppen der Rheumatologen, Psychiater und Kinderärzte bereits vor Abschluss der Bedarfsplanungsreform durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) schon möglichst zeitnah Versorgungsverbesserungen im Wege von Interimslösungen herbeizuführen. Auch der Bundesrat sieht prioritären und zeitlich dringenden Handlungsbedarf gerade in den genannten Arztgruppen.

Der Bundesrat gibt allerdings zu bedenken, dass sich die im Gesetzentwurf jetzt vorgesehene, befristete, generelle Befreiung von Zulassungsbeschränkungen in überversorgten Planungsbereichen für Mitglieder dieser Arztgruppen, die nicht schon in den letzten fünf Jahren an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen haben, mittel- bis langfristig sogar kontraproduktiv auf eine flächendeckend bedarfsgerechte Versorgung in diesen Facharztgruppen auswirken könnte. Die damit einhergehende, weitgehende Niederlassungsfreiheit für (Neu-)Mitglieder dieser Arztgruppen birgt in den Augen des Bundesrates zwei-

juris Lex QS
12052024 ()

erlei Risiken:

Zum einen entfallen damit auch jegliche räumliche Steuerungsmöglichkeiten für Neuniederlassungen, was bestehende Verteilungsungleichgewichte weiter verstärken und verstetigen könnte. Neuniederlassungen in diesen Arztgruppen könnten sich in der Übergangszeit sowohl in Planungsbereichen mit bereits sehr hohen Versorgungsgraden (über 140 Prozent) oder innerhalb von überversorgten Planungsbereichen in den dortigen Ballungszentren (zum Beispiel Kreisstädten) weiter konzentrieren, ohne dass dem entgegengewirkt werden könnte.

Zum anderen sieht der Bundesrat das Risiko, dass in einem solchen niederlassungsbeschränkungsfreien Zeitraum auch mit einem deutlichen Anstieg von Niederlassungen zu rechnen sein dürfte, weil eine Niederlassung am jeweiligen persönlichen Wunschstandort nach Abschluss der Bedarfsplanungsreform durch den G-BA gegebenenfalls bereits wieder ausgeschlossen sein könnte. Damit steht zu befürchten, dass sich in dem Übergangszeitraum eine deutlich überproportionale Zahl von Ärzten für die Niederlassung entscheidet – mit der Folge, dass nach Abschluss der Bedarfsplanungsreform deutlich weniger Ärzte für weitere, dann wieder an einer räumlichen Bedarfssteuerung orientierte Neuniederlassungen zur Verfügung stehen.

Der Bundesrat befürchtet daher, dass im Extremfall gerade diejenigen Regionen auf längere Sicht von einer Verbesserung des örtlichen Versorgungsangebots abgeschnitten werden könnten, für die der G-BA im Rahmen der Überarbeitung der Bedarfsplanungsrichtlinie höchsten Handlungsbedarf identifiziert. Vor diesem Hintergrund sollte der Inhalt der in den Augen des Bundesrats grundsätzlich wünschenswerten Zwischenregelung nochmals überdacht und dabei nicht gänzlich auf räumliche Steuerungsmöglichkeiten verzichtet werden.

Der Bundesrat bittet daher, im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen, ob und mit welchen weiteren Regelungen bereits in der Zeit bis zum Abschluss der Bedarfsplanungsreform durch den G-BA dringend erforderliche Versorgungsverbesserungen in den Arztgruppen der Rheumatologen, Psychiater und Kinderärzte herbeigeführt werden können, ohne dabei gänzlich auf eine bedarfsorientierte, räumliche Niederlassungssteuerung zu verzichten.

...

juris Lex QS
12052024 ()

30. Zu Artikel 1 Nummer 55 Buchstabe a (§ 103 Absatz 1 Satz 2 SGB V)

Der Bundesrat begrüßt die Absicht, dem Gemeinsamen Bundesausschuss eine zügige Überprüfung der Bedarfsplanung mit Wirkung zum 1. Juli 2019 vorzugeben und die Versorgung durch Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Rheumatologie, für Psychiatrie und Psychotherapie sowie durch Kinderärztinnen und Kinderärzte bereits kurzfristig spürbar zu verbessern.

Die beabsichtigte befristete Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen für diese Facharztgruppen birgt jedoch die Gefahr, dass regionale Ungleichgewichte in der Versorgung verstärkt, zumindest aber nicht wirksam abgebaut werden. Auch wenn die Regelung nur für Neuzulassungen Anwendung finden soll, ist doch davon auszugehen, dass Niederlassungen kurzfristig vor allem in besonders attraktiven Regionen erfolgen werden. Nach Inkrafttreten der neuen Bedarfsplanungs-Richtlinie werden diese Gebiete gegebenenfalls wieder für Zulassungen gesperrt werden. Für schlechter versorgte Gebiete könnten indes aufgrund der erfolgten Niederlassungen in attraktiven Regionen noch weniger Ärztinnen und Ärzte für eine Niederlassung zur Verfügung stehen.

Daher bittet der Bundesrat die Bundesregierung, eine geeignete Alternativlösung zur kurzfristigen Verbesserung der Versorgung in den betreffenden Fachgebieten zu prüfen. Insbesondere käme eine verpflichtende kurzfristige Prüfung des Bedarfs für Sonderbedarfszulassungen durch die Landesausschüsse und Ausschreibung von zusätzlichen Sonderbedarfszulassungen für diese Facharztgruppen in den Regionen in Betracht, in denen trotz Niederlassungssperre ein erhöhter Versorgungsbedarf festgestellt wird.

Bei einem Festhalten an der beabsichtigten Regelung sollte zumindest sichergestellt sein, dass Steuerungsmöglichkeiten vorgesehen werden, um auch während der Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen eine bedarfsgerechte regionale Verteilung zu gewährleisten.

juris Lex QS
12052024 ()

31. Zu Artikel 1 Nummer 55 Buchstabe a_1 – neu – (§ 103 Absatz 1a – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nummer 55 ist nach Buchstabe a folgender Buchstabe a_1 einzufügen:

‚a_1) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen können zum Zweck einer gleichmäßigeren Versorgung im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung für einzelne Arztgruppen in einzelnen Planungsbereichen mit einem Versorgungsgrad zwischen 100 und 110 Prozent Zulassungsbeschränkungen anordnen. Insgesamt dürfen jedoch nicht mehr als 50 Prozent aller Planungsbereiche der jeweiligen Arztgruppe im Zuständigkeitsbereich eines Landesausschusses gesperrt werden.“ ‘

Begründung:

Ein wichtiges Instrument der Bedarfsplanung war in den Jahren 2013 bis 2015 in einigen Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigungen die Möglichkeit, in der hausärztlichen Versorgung Zulassungssperren schon ab 100 Prozent Versorgungsgrad auszusprechen (§ 67 Bedarfsplanungs-Richtlinie (BP-RL)). Die Erfahrung mit der temporären Anwendung des § 67 BP-RL hat gezeigt, dass eine Versorgungssteuerung in Richtung weniger gut versorgter Mittelbereiche möglich war. Weiterhin war eine Verringerung des Stadt-Land-Gefälles durch eine Steuerung und Verteilung hin zu den Mittelbereichen außerhalb der Ballungsräume und den Mittelzentren zu beobachten. Vor diesem Hintergrund ist beabsichtigt, für die Einführung eines Steuerungsinstruments im Sinne des § 67 BP-RL eine ausdrückliche gesetzliche Ermächtigungsnorm zu schaffen.

Die Regelung dürfte keinen verfassungsrechtlichen Bedenken begegnen. Gegenstand des Bedarfsplanungsrechts ist nicht nur die Niederlassung eines Freiberuflers, sondern auch die Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung für die Versicherten im Rahmen einer durchregulierten gesetzlichen Krankenversicherung. Die Besonderheiten des Bedarfsplanungsrechts prägen die Rahmenbedingungen der Ausübung grundrechtlicher Freiheiten durch die Teilnehmer an der vertragsärztlichen Versorgung als Teilnehmer am Wirtschaftsleben entscheidend mit.

Grundlage für Entscheidungen sind auch keine fiktiven Annahmen, sondern rechnerische Versorgungsgrade, die nach einem transparenten und aus der BP-RL abgeleiteten Verfahren ermittelt werden. Durch die Einschränkung in § 103 Absatz 1a Satz 2 SGB V wird gewährleistet, dass der Häufigkeit einer Anwendung des § 103 Absatz 1a SGB V Grenzen gesetzt sind und die aus der BP-RL abzuleitende Systematik der Bedarfsplanung gerade nicht in einzelnen Arztgruppen ausgehöhlt wird.

...

juris Lex QS
12052024 ()

32. Zu Artikel 1 Nummer 55 Buchstabe b (§ 103 Absatz 2 Satz 4, Satz 6 und Satz 7 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 55 Buchstabe b ist § 103 Absatz 2 wie folgt zu ändern:

a) Satz 4 ist wie folgt zu fassen:

„Die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden können ländliche oder strukturschwache Teilgebiete eines Planungsbereichs bestimmen, die auf ihren Antrag von den Zulassungsbeschränkungen arztgruppenbezogen auszunehmen sind."

b) Die Sätze 6 und 7 sind durch folgenden Satz zu ersetzen:

„Für die Bestimmung der ländlichen und strukturschwachen Teilgebiete sowie für die Ermittlung der Anzahl der zusätzlichen Zulassungsmöglichkeiten sind insbesondere die sozioökonomischen, räumlichen und infrastrukturellen Besonderheiten sowie Feststellungen des Landesausschusses nach Absatz 1 Satz 3 zu berücksichtigen."

Begründung:

Die Regelung berücksichtigt weitgehend die im Koalitionsvertrag vorgegebene Zielsetzung („In ländlichen oder strukturschwachen Gebieten entfallen Zulassungssperren für die Neuniederlassung von Ärztinnen und Ärzten. Die Bestimmung der von dieser Regelung erfassten Gebiete obliegt den Ländern.").

Mit der Regelung können die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden innerhalb eines Planungsbereichs ländliche oder strukturschwache Teilgebiete bestimmen, um bei angeordneten Zulassungsbeschränkungen nach § 103 Absatz 1 Satz 2 SGB V zusätzliche Zulassungen für eine Neuniederlassung zu ermöglichen. Damit kann besonderen regionalen Versorgungsbedürfnissen in Gebieten innerhalb eines Planungsbereichs, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, bei festgestellten lokalen Versorgungsengpässen oder fehlender Versorgungsangebote noch besser Rechnung getragen werden. So werden die bisher wenig genutzten Möglichkeiten der Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen zur Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs in einem nicht unterversorgten Planungsbereich nach § 100 Absatz 3 SGB V und die Regelungen zur Prüfung einer lokalen Versorgungslage in § 35 Bedarfsplanungs-Richtlinie ergänzt. Hat der Landesausschuss eine Feststellung nach § 103 Absatz 1 Satz 3 SGB V getroffen, soll dies ebenfalls berücksichtigt und in der Regel ein Versorgungsgrad von 140 Prozent nicht überschritten werden.

...

juris Lex QS
12052024 ()

Grundlage für die Bestimmung von ländlichen oder strukturschwachen Teilgebieten und der Festlegung zusätzlicher Zulassungsmöglichkeiten sind insbesondere die sozioökonomischen, räumlichen und infrastrukturellen Besonderheiten. Dabei wird davon ausgegangen, dass die Landesbehörden nicht nur über Kenntnisse über die lokale ärztliche Versorgungslage und die Altersstruktur der vorhandenen Ärzte in den jeweiligen Gebiete verfügen, sondern ihnen darüber hinaus auch weitere relevante Faktoren für einen bedarfsgerechten Zugang zur ärztlichen Versorgung bekannt sind, die von ihnen gewichtet werden können. Dies umfasst insbesondere die raumplanerische und infrastrukturelle Gesamtsituation in ländlichen oder strukturschwachen Gebieten eines Planungsbereichs, wie zum Beispiel die Gestaltung der Mobilität (Anschluss an den öffentlichen Nahverkehr, Nahversorgungs-, Bildungs- und andere öffentliche Einrichtungen) sowie die Versorgungssituationen und infrastrukturellen Verflechtungen in und zu benachbarten Gemeinden und Kreisen. Darüber hinaus besteht auch Kenntnis über die Sozial- und Morbiditätsstruktur in den ländlichen oder strukturschwachen Regionen, wie zum Beispiel Haushaltseinkommen, Arbeitslosenquote, Bildungsabschluss, Pflegebedarf. Dass sozioökonomische Faktoren zwar nicht bei der bundesweiten Berechnung, aber sehr wohl auf regionaler Ebene Indikatoren für den Versorgungsbedarf sind, hat auch das aktuelle Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung (Gutachten des Gemeinsamen Bundesausschusses, Juli 2018) gezeigt. Neben den raumplanerischen Faktoren sind daher auch diese Faktoren bei der Bestimmung von Kriterien für die Bestimmung von ländlichen oder strukturschwachen Teilgebieten zu berücksichtigen. Damit wird auch angeknüpft an die Regelung des § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V zur Berücksichtigung der regionalen Demografie und Morbidität bei der Aufstellung des Bedarfsplans.

33. Zu Artikel 1 Nummer 55 Buchstabe b (§ 103 Absatz 2 Satz 9 – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nummer 55 Buchstabe b ist dem § 103 Absatz 2 folgender Satz anzufügen:

„Die zusätzlichen Zulassungsmöglichkeiten sind bei den Honorarverhandlungen angemessen zu berücksichtigen.“

Begründung:

Die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden sollen durch das TSVG ein Antragsrecht erhalten, um Ausnahmen von den Zulassungsbeschränkungen in ländlichen und strukturschwachen Teilgebieten überversorgter Planungsbereiche zu erwirken. Hierdurch entstehen zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten für Vertragsärzte. Die für diese zusätzlichen Ärzte erforderliche (zusätzliche) Vergütung muss jedoch auch angemessen im Rahmen der jährlichen Honorarverhandlungen der Selbstverwaltungspartner berücksichtigt werden.

...

juris Lex QS
12052024 ()

34. Zu Artikel 1 Nummer 56 Buchstabe b Doppelbuchstabe cc (§ 105 Absatz 1a Satz 3, Satz 4, Satz 4a – neu –, Satz 4b – neu – und Satz 4c – neu – SGB V)

Artikel 1 Nummer 56 Buchstabe b Doppelbuchstabe cc ist wie folgt zu ändern:

a) In Satz 3 und Satz 4 sind nach dem Wort „Strukturfonds“ jeweils die Wörter „nach Satz 1“ einzufügen.

b) Nach Satz 4 sind folgende Sätze einzufügen:

„Die Kassenärztliche Vereinigung und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen können die Mittel des Strukturfonds nach Satz 1 darüber hinaus einvernehmlich um jeweils bis zu 0,1 Prozent der nach § 87a Absatz 3 Satz 1 vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung weiter aufstocken. Über die Verwendung der Mittel nach Satz 4a entscheidet die Kassenärztliche Vereinigung im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen. Die zusätzlichen Mittel des Strukturfonds nach Satz 4a können insbesondere für folgende Maßnahmen verwendet werden:

1. Strukturförderung im Notdienst nach § 75 Absatz 1b,
2. Förderungen der allgemeinmedizinischen Weiterbildung,
3. Förderung der ambulanten Abschnitte in der fachärztlichen Weiterbildung,
4. Förderung von Weiterbildungsverbünden,
5. fachgruppenspezifische Nachwuchsförderung,
6. Förderung von zusätzlichen Studienplätzen in der Humanmedizin in Modellstudiengängen.“

Begründung:

Neben der Förderung aus dem zukünftig verpflichtend einzurichtenden Strukturfonds, die in Folge ihrer Sicherstellungsverpflichtung inhaltlich von der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung eigenverantwortlich festgelegt wird, soll zukünftig insbesondere in den Bereichen Notdienstversorgung und strukturierte Nachwuchsgewinnung zusätzlich eine weitergehende, zwischen den

juris Lex QS
12052024 ()

Selbstverwaltungspartnern abgestimmte Förderung ermöglicht werden. Dies gibt den Selbstverwaltungspartnern die Möglichkeit, gemeinsam und abgestimmt auf besondere Entwicklungsziele in der vertragsärztlichen Versorgung der jeweiligen Region hinzuarbeiten. Hierzu wird die Möglichkeit geschaffen, den Strukturfonds im Einvernehmen zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen weiter aufzustocken und einvernehmlich daraus finanzierte Fördermaßnahmen insbesondere in den genannten Schwerpunktbereichen zu vereinbaren.

35. Zu Artikel 1 Nummer 56 Buchstabe b Doppelbuchstabe cc
(§ 105 Absatz 1a Satz 3 Nummer 7 – neu – SGB V)
Buchstabe c
(§ 105 Absatz 1d – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nummer 56 ist § 105 wie folgt zu ändern:

a) In Buchstabe b Doppelbuchstabe cc ist in Absatz 1a Satz 3 der Punkt am Ende durch ein Komma zu ersetzen und folgende Nummer 7 ist anzufügen:

„7. Förderung des Zugangs zu barrierefreien Arztpraxen."

b) Dem Buchstaben c ist folgender Absatz 1d anzufügen:

„(1d) Um den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen Rechnung zu tragen, haben die Kassenärztlichen Vereinigungen den barrierefreien Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung zu fördern. Die Maßnahmen umfassen auch die Beratung der Vertragsärzte über die Herstellung und Verbesserung der Barrierefreiheit sowie die Information der Versicherten im Internet über einzelne Merkmale der Barrierefreiheit bei den Praxen."

Begründung:

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen entsprechend der gesetzlichen Zielsetzung in § 2a SGB V zu einer Verbesserung eines barrierefreien Zugangs zur vertragsärztlichen Versorgung insbesondere für behinderte und chronisch kranke Menschen verpflichtet werden. Die Maßnahmen hierzu sollen auch aus Mitteln des Strukturfonds nach § 105 Absatz 1a SGB V gefördert werden. Damit soll das Prinzip der freien Arztwahl (§ 76 SGB V) auch für Menschen mit Behinderung besser gewährleistet werden.

...

juris Lex QS
12052024 ()

Das vom G-BA in seiner Sitzung vom 20. September 2018 abgenommene Gutachten zur Bedarfsplanung liefert deutliche Hinweise darauf, dass die betrachteten Kriterien des barrierefreien Zugangs in nur wenigen Kreisen von mehr als 10 Prozent der regionalen Haus- oder Augenarztpraxen erfüllt werden (vgl. Gutachtenteil A.1, Kapitel 5). Informationen zur Barrierefreiheit werden demnach seit dem Jahr 2009 mehrfach jährlich bundesweit erhoben. Es wurden Aspekte zur Eignung der ärztlichen Praxis für Menschen mit eingeschränkter Mobilität, mit Hörbehinderung, mit Sehbehinderung und für Rollstuhlfahrer abgefragt und berücksichtigt.

Nach Erfahrungen von Patienten- und Selbsthilfeorganisationen ist für Menschen mit Behinderung die Kenntnis über Merkmale zur Barrierefreiheit der einzelnen Arztpraxen wichtig. Darüber hinaus können durch vergleichsweise kleine Maßnahmen die Zugänge zur Versorgung verbessert werden. Die Förderung von Maßnahmen nach § 105 SGB V soll daher auch die Beratung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen – insbesondere vor Ort in den Praxen – sowie eine Erhebung von Daten zur Barrierefreiheit beinhalten. Dabei sollen die Patientenorganisationen einbezogen werden. Zur besseren Transparenz für Versicherte sind die Merkmale zur Barrierefreiheit von Arztpraxen aktuell und allgemein zugänglich zu veröffentlichen.

36. Zu Artikel 1 Nummer 56 Buchstabe c (§ 105 Absatz 1b Satz 2a – neu – und Satz 2b – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nummer 56 Buchstabe c sind in § 105 Absatz 1b nach Satz 2 folgende Sätze einzufügen:

„Soweit die Kassenärztlichen Vereinigungen telemedizinische Versorgungsangebotsformen nach § 105 Absatz 1b Satz 2 betreiben, dürfen sie Sozialdaten, sofern sie besondere Kategorien personenbezogener Daten im Sinne des Artikels 9 Absatz 1 der Verordnung (EU) 2016/679 sind, auch durch eigene Mitarbeiter oder Mitarbeiterinnen nur auf Grundlage einer schriftlichen oder elektronischen oder per Ziffernwahl am Telefon erklärten Einwilligung nach Artikel 6 Absatz 1 Unterabsatz 1 Buchstabe a der Verordnung (EU) 2016/679 verarbeiten. Die Einwilligung muss sich dabei auf die konkrete telemedizinische Versorgungsangebotsform beziehen.“

Begründung:

§ 105 Absatz 1b SGB V erweitert und flexibilisiert die Möglichkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen, die vertragsärztliche Versorgung durch Einrichtungen sicherzustellen, die der unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten dienen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen erhalten aufgrund dieser Vorschrift mit der Möglichkeit, mobile oder telemedizinische Versor-

juris Lex QS
12052024 ()

gungsangebotsformen zu betreiben, weitere Sicherstellungsinstrumente, welche gesetzlich bislang nicht vorgesehen sind.

Die bisher vorgesehene Regelung des § 105 Absatz 1b SGB V wird jedoch mit Blick auf § 285 Absatz 1 Nummer 2 SGB V dem Bestimmtheitsgrundsatz hinsichtlich der Verarbeitung personenbezogener Daten nicht gerecht. Für Betroffene ist nicht erkennbar, innerhalb welcher Grenzen das Verarbeiten personenbezogener Daten zulässig sein soll. Eine begriffliche Definition der „telemedizinischen Versorgungsangebotsformen“ erhält das SGB V nicht. Dieser Begriff ist aufgrund seiner inhaltlichen Weite ungeeignet, erkennen zu lassen, inwieweit die Kassenärztlichen Vereinigungen in diesem Zusammenhang auch personenbezogene Daten der betroffenen Personen verarbeiten können sollen.

Überdies ist bisher nicht zu erkennen, ob und inwieweit die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen des Angebots einer telemedizinischen Versorgung datenschutzrechtlich befugt sein sollen, Gesundheitsdaten von Versicherten zu verarbeiten oder ob sie auf Grundlage ihres Sicherstellungsauftrags lediglich befugt sein sollen, die Versorgung durch einen Arzt zu vermitteln.

Um die Verarbeitung von personenbezogenen Daten durch die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen von telemedizinischen Versorgungsangebotsformen in datenschutzrechtlicher Hinsicht rechtssicher auszugestalten, ist die Datenverarbeitung auf die Grundlage einer Einwilligung zu stellen. Grundsätzlich ist insoweit eine schriftliche oder elektronische Einwilligung zu fordern, die auch durch die Aktivierung eines Kontrollfeldes erteilt werden kann. Um telemedizinische Angebote auch als Telefonberatung betreiben zu können, ist für diese spezifische Situation auch die Erteilung einer Einwilligung per Ziffernwahl am Telefon zuzulassen.

37. Zu Artikel 1 Nummer 56 Buchstabe c (§ 105 Absatz 1b Satz 3 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 56 Buchstabe c sind in § 105 Absatz 1b Satz 3 die Wörter „oder eine drohende ärztliche Unterversorgung“ zu streichen.

Begründung:

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen mit der Neuregelung verpflichtet werden, bei einem Beschluss des Landesausschusses nach § 100 Absatz 1 SGB V zur Unterversorgung beziehungsweise zur drohenden ärztlichen Unterversorgung, zwingend nach der angegebenen Frist eine Eigeneinrichtung einzurichten.

Die konkrete Ausgestaltung dieser Verpflichtung erscheint aber als zu weitgehender Eingriff in die Gestaltungsfreiheit der Kassenärztlichen Vereinigungen als Selbstverwaltungskörperschaften und zum Teil bereits aus rein organisatorischen Gründen nicht ohne weiteres umsetzbar.

...

juris Lex QS
12052024 ()

So erscheint es insbesondere zu weitgehend, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen auch unmittelbar ab Wirksamwerden eines Beschlusses des Landesausschusses nach § 100 Absatz 1 SGB V zur drohenden ärztlichen Unterversorgung zum Betrieb solcher Einrichtungen verpflichtet sein sollen. Ziel des Beschlusses zur drohenden Unterversorgung ist es, insbesondere in diesen Bereichen, für die die Versorgung noch sichergestellt ist, die Übernahme von Praxen zu fördern. Die Einrichtung von Eigenpraxen der Kassenärztlichen Vereinigungen bereits zu diesem Zeitpunkt würde diese Maßnahmen konterkarieren und potenzielle Interessenten einer Praxisübernahme abhalten. Die Kassenärztlichen Vereinigungen würden damit in einen Wettbewerb um ärztlichen Nachwuchs mit den Vertragsärzten eintreten.

Zudem wird die unmittelbare Erfüllung dieser Pflicht häufig rein praktisch nicht möglich sein, weil die Errichtung und der Betrieb von Eigeneinrichtungen eines erheblichen organisatorischen Vorlaufs und einer Anzahl an qualifizierten Ärzten bedürfen.

Auch erfordert es das Selbstverwaltungsrecht, den Körperschaften einen grundsätzlichen Entscheidungsspielraum zu belassen, mit welchen Maßnahmen (zum Beispiel Niederlassungsförderung) in einzelnen Planungsbereichen einer festgestellten Unterversorgung zweckmäßig begegnet werden kann.

Eine Pflicht zu Errichtung und Betrieb von Einrichtungen sollte Ultima Ratio sein und erst dann gelten, wenn eine Kassenärztliche Vereinigung innerhalb einer bestimmten Frist nicht in der Lage war, die (drohende) Unterversorgung mit den von ihr gewählten Maßnahmen zu beseitigen und faktisch eine ärztliche Unterversorgung festgestellt ist.

38. Zu Artikel 1 Nummer 56 Buchstabe c (§ 105 Absatz 1b Satz 3 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 56 Buchstabe c ist in § 105 Absatz 1b Satz 3 das Wort „sechs“ durch das Wort „zwölf“ zu ersetzen.

Begründung:

Die Ausweitung der Sicherstellungsmaßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigungen im Bereich von Eigeneinrichtungen stellt ein geeignetes Instrument dar, um die vertragsärztliche Versorgung in schlechter versorgten Regionen zu stabilisieren und zu stärken. Die Vorgabe einer Pflicht zum Betrieb solcher Einrichtungen, wenn es innerhalb einer gewissen Frist nicht gelungen ist, Unterversorgung beziehungsweise drohende Unterversorgung abzuwenden, ist ebenfalls zu begrüßen.

Allerdings sollte den Kassenärztlichen Versorgungen auch ausreichend Zeit gewährt werden, um die Eigeneinrichtungen tatsächlich zu errichten und in Betrieb zu nehmen. Denn die erforderliche Bereitstellung finanzieller, standortgebundener und personeller Ressourcen wird regelmäßig eines erheblichen organisatorischen Vorlaufs bedürfen.

...

juris Lex QS
12052024 ()

Den Kassenärztlichen Vereinigungen sollte als Selbstverwaltungskörperschaften überdies der grundsätzliche Entscheidungsspielraum bei der Wahl der Sicherstellungsinstrumente in den schlechter versorgten Planungsbereichen belassen werden, da sie mit den regionalen Besonderheiten und Bedürfnissen der einzelnen Planungsbereiche zumeist besser vertraut sind. Durch die kurze Frist bis zur verbindlichen Errichtung einer Eigeneinrichtung könnte der Fall eintreten, dass die übrigen Sicherstellungsmaßnahmen selbst bei stringentester Umsetzung ihre Wirksamkeit und Tauglichkeit nicht mehr unter Beweis stellen können.

Daneben ist zu berücksichtigen, dass bereits reguläre Zulassungsverfahren eine längere Dauer als sechs Monate haben können, insbesondere wenn Unterlagen oder Nachweise nachgefordert werden müssen. Bei einer Frist von nur sechs Monaten könnte eine Kassenärztliche Vereinigung somit zum Betrieb einer Eigeneinrichtung verpflichtet sein, selbst wenn unmittelbar nach Feststellung der Unterversorgung bereits durch andere Maßnahmen ein niederlassungswilliger Arzt gefunden wurde, jedoch das Zulassungsverfahren noch andauert. Die kurze Fristbindung kann somit zu einer unwirtschaftlichen Überschneidung von Sicherstellungsmaßnahmen führen.

Vor diesem Hintergrund erscheint die derzeitig mit einem erfolglosen Fristablauf von höchstens sechs Monaten verknüpfte, normierte Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigung als zu kurz. Die Verpflichtung sollte vielmehr erst dann gelten, wenn eine Kassenärztliche Vereinigung nach Ablauf einer Frist von zwölf Monaten nicht in der Lage war, die Unterversorgung mit den von ihr gewählten Maßnahmen zu beseitigen.

Die verlängerte Frist schließt dabei nicht aus, dass auch die Kassenärztliche Vereinigung von Beginn an die Etablierung einer eigenen Einrichtung als sinnvollste Maßnahme ansieht und diese bereits vor Ablauf der Frist ergreift.

39. Zu Artikel 1 Nummer 56 Buchstabe e (§ 105 Absatz 4 Satz 1 und Satz 2 SGB V)

Artikel 1 Nummer 56 Buchstabe e ist wie folgt zu fassen:

‚e) Absatz 4 Satz 1 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Hat der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine Feststellung nach § 100 Absatz 1 oder Absatz 3 getroffen, sind von der Kassenärztlichen Vereinigung in diesen Gebieten für einen Zeitraum von mindestens fünf Jahren Sicherstellungszuschläge an bestimmte dort tätige vertragsärztliche Leistungserbringer zu zahlen. Über die Anforderung, die an die berechtigten vertragsärztlichen Leistungserbringer gestellt werden, über die Höher der Sicherstellungszuschläge je berechtigten vertragsärztlichen Leistungserbringer und die Dauer der Zahlung der Sicherstellungszuschläge entscheidet der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen.“ ‘

...

juris Lex QS
12052024 ()

Begründung:

Eine Zahlung von Sicherstellungszuschlägen gegebenenfalls auch über die Zeit der festgestellten Unterversorgung oder drohenden Unterversorgung sowie die Zeit der Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs hinaus, erhöht die Verlässlichkeit dieses Sicherstellungsinstruments und damit die Planungssicherheit für die Ärztinnen und Ärzte der betroffenen Arztgruppe. Sicherstellungszuschläge sollten daher mindestens für einen Zeitraum von fünf Jahren gezahlt werden. Der Landesausschuss sollte zudem die Möglichkeit erhalten, auch einen längeren Zeitraum festzulegen. Damit wird – auch in Annäherung an Vorschläge des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen zur Einführung von Landarztzuschlägen – die Versorgung insbesondere im ländlichen Raum zusätzlich gestärkt.

Zusätzlich werden redaktionelle Korrekturen vorgenommen.

40. Zu Artikel 1 Nummer 56 Buchstabe e (§ 105 Absatz 4 Satz 3 – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nummer 56 Buchstabe e ist dem § 105 Absatz 4 folgender Satz anzufügen:

„Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen kann entscheiden, die Sicherstellungszuschläge auch nach Aufhebung der Feststellung nach § 100 Absatz 1 oder Absatz 3 noch für einen begrenzten Zeitraum weiter zu gewähren, um die Versorgungslage nachhaltiger zu stabilisieren.“

Begründung:

Die Einführung von verbindlichen Sicherstellungszuschlägen für Ärzte in wirtschaftlich schwachen und unterversorgten ländlichen Räumen kann einen wichtigen Beitrag zu Stärkung und Förderung der vertragsärztlichen Versorgung leisten.

Die Gewährung der Zuschläge ist derzeit jedoch unmittelbar an die Feststellung des Landesausschusses nach § 100 Absatz 1 und 3 SGB V geknüpft. Sobald die entsprechenden Feststellungen aufgehoben werden, entfallen auch die bis dahin gewährten Sicherstellungszuschläge mit sofortiger Wirkung. Eine abrupte Beendigung der Leistungen, insbesondere im laufenden Quartal, kann dabei zu erheblichen Planungsunsicherheiten in der Ärzteschaft und zu Schwierigkeiten bei der Abrechnung führen.

Auch kann es zur nachhaltigen Stabilisierung der Versorgung sinnvoll sein, den Zuschlag für eine gewisse Dauer weiter zu gewähren, um einen zeitnahen Rückfall in die Unterversorgung auszuschließen.

juris Lex QS
12052024 ()

Es sollte daher in das Ermessen des Landesausschusses gestellt werden, Zuschläge auch nach Entfallen der Feststellungen nach § 100 Absatz 1 beziehungsweise Absatz 3 SGB V für einen begrenzten Zeitraum weiter zu gewähren.

41. Zu Artikel 1 Nummer 70 (§ 130a Absatz 2 SGB V)

Der Bundesrat stellt fest, dass die vorgesehene Mehrfachrabattierung von Impfstoffen die bereits jetzt angespannte Liefersituation verschärfen könnte. Für eine gesicherte Versorgung werden stabile Rahmenbedingungen und auskömmliche Preise benötigt.

Begründung:

Impfungen gehören zu den wichtigsten und wirksamsten präventiven Maßnahmen, um Infektionskrankheiten zu verhindern. Durch Impfprogramme ist es gelungen, Infektionskrankheiten weltweit auszurotten. Zudem können Impfungen gegen gefährliche Bakterien dazu beitragen, den Einsatz von Antibiotika zu vermeiden und so einen Beitrag zur Vermeidung von Antibiotikaresistenzen leisten.

Deshalb hat die Bundesregierung in der Vergangenheit wichtige Schritte zur Erhöhung der Impfquoten unternommen. So wurden zum Beispiel mit dem Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PrävG) verschiedene Maßnahmen zur Förderung der Impfprävention festgeschrieben. Dazu gehören unter anderem eine besondere Betonung des Impfschutzes bei Routine-Gesundheitsuntersuchungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene.

Für die Erreichung der Impfquoten ist die uneingeschränkte Verfügbarkeit der Impfstoffe notwendig.

Um den Besonderheiten des Impfstoffmarktes (wenige Anbieter, komplexe Herstellung) und den (dadurch) wiederkehrenden Versorgungsproblemen Rechnung zu tragen und um die Impfquote zu verbessern, wurde mit dem Gesetz zur Stärkung der Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (AMVSG) die Möglichkeit von Impfstoff-Ausschreibungen der Krankenkassen im Jahr 2017 wieder gestrichen.

Krankenkassen reagierten auf die Neuregelung zum Teil mit speziellen Grippeimpfstoffvereinbarungen, die mitunter eine Versorgung mit nur einem Anbieter vorsahen.

Für eine zuverlässige Versorgung mit (tetravalenten Grippe-) Impfstoffen sollte in Anbetracht der komplexen Produktionsprozesse mit langen Vorlaufzeiten und einem Markt mit nur sehr wenigen Anbietern jedoch kein Anbieter von der Versorgung ausgeschlossen werden.

...

juris Lex QS
12052024 ()

Mit dem Gesetzentwurf reagiert der Gesetzgeber auf das Marktgeschehen und regelt die Versorgung mit Impfstoffen neu.

Die vorgesehene Regelung mit einem definierten Apothekenaufschlag scheint grundsätzlich geeignet, die Anbietervielfalt und damit Liefer- und Versorgungssicherheit von Impfstoffe zu verbessern.

Das Europäische Referenzpreissystem in Verbindung mit der Erweiterung des Länderkorbs und der Herstellerabschlag senken zudem die Kosten und stellen eine wirtschaftliche Impfstoffversorgung mit uneingeschränkter Auswahlmöglichkeit der Ärzte aus allen verfügbaren Impfstoffen sicher.

Problematisch scheint im Hinblick auf die vollständige Marktversorgung die vorgesehene Mehrfachrabattierung von Impfstoffen, der laut Gesetzesbegründung mit der Öffnung des Grippemarktes für alle Anbieter in Zusammenhang steht. Ein zusätzlicher gesetzlicher Abschlag in Höhe von 5 Prozent bei Impfstoffen und von 10 Prozent bei saisonalen Grippeimpfstoffen könnte die bereits jetzt angespannte Liefersituation bei Impfstoffen verschärfen.

Die im Vergleich zu den Vorjahren vergleichsweise niedrige kumulative Anzahl der freigegebenen Grippeimpfstoffdosen scheint die wenig verlässlichen Rahmenbedingungen der jüngeren Vergangenheit widerzuspiegeln. Denn Produktionsplanung und mittel- bis langfristiger Ausbau von Produktionskapazitäten für eine gesicherte Versorgung benötigen zwingend stabile Rahmenbedingungen und auskömmliche Preise.

Auch die gesamtgesellschaftliche Bedeutung von Impfungen sollte im Blick behalten werden. Die Grippewelle im Winter 2017/18 war laut Robert Koch-Institut die schwerste seit mindestens 17 Jahren.

Die Zielquoten für Grippeschutzimpfungen werden seit Jahren bei weitem nicht erreicht und liegen bei Senioren bei 50 Prozent, bei chronisch Kranken bei 40 Prozent und bei medizinischem Personal bei 35 Prozent.

Entsprechend kam es zu circa neun Millionen Influenza-bedingten Arztbesuchen, circa 5,3 Millionen Influenza-assoziierte Arbeitsunfähigkeiten und circa 45 000 Influenza-bedingten Krankenhauseinweisungen. Damit einher gingen Engpässe in der stationären Versorgung und hohe Kostenanstiege für die ambulante Versorgung und Lohnersatzleistungen. Allein für Berlin wurden 1 100 Influenza-assoziierte Todesfälle geschätzt.

Es scheint fraglich, ob eine gegebenenfalls höhere Bereitschaft zur Grippeimpfung in diesem Jahr bedient werden könnte.

...

juris Lex QS
12052024 ()

42. Zu Artikel 1 Nummer 73 Buchstabe a (§ 132d Absatz 1 Satz 9 – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nummer 73 Buchstabe a ist dem § 132d Absatz 1 folgender Satz anzufügen:

„Hierzu gehören insbesondere Übergangsregelungen für Leistungserbringer in nicht versorgten Regionen, die noch nicht alle festgelegten Voraussetzungen erfüllen und die Berücksichtigung der aufgewandten Personal- und Sachkosten für An- und Abfahrten."

Begründung:

Für die Vergütungsverhandlungen auf Landesebene ist die unbestimmte Bezeichnung der angemessenen Berücksichtigung regionaler Besonderheiten durch eine nicht abschließende Aufzählung näher zu beschreiben. Insbesondere vor dem Hintergrund der Sicherstellung der Versorgung mit Leistungen der spezialisierten ambulanten Versorgung sind Übergangsregelungen erforderlich, soweit und solange zum Beispiel aufgrund eines Ärzte- und/oder Fachkräftemangels nicht alle festgelegten Voraussetzungen erfüllt werden können und kein anderer Leistungserbringer die betroffene Region versorgt.

Zudem sollte auch die Berücksichtigung der aufgewandten Personal- und Sachkosten für den besonderen Wegeaufwand im Gesetzestext genannt werden, um eine Versorgung in der gewohnten häuslichen Umgebung sicherzustellen.

43. Zu Artikel 1 Nummer 76a – neu – (§ 135b Absatz 4 Satz 2 SGB V)

In Artikel 1 ist nach Nummer 76 folgende Nummer 76a einzufügen:

„76a. § 135b Absatz 4 Satz 2 wird aufgehoben."

Begründung:

§ 135b Absatz 4 SGB V eröffnet den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen über § 87a SGB V hinaus weitere vertragliche Gestaltungsspielräume im Hinblick auf die vertragsärztliche Versorgung. § 135b Absatz 4 Satz 2 SGB V soll gestrichen werden, da diese Regelung die breite Anwendung des § 135b Absatz 4 Satz 1 SGB V verhindert, obwohl dieser versorgungspolitisch wertvolle Ziele verfolgt.

Diese sind jedoch für die nicht teilnehmenden Ärzte mit Vergütungsabschlägen verbunden, um die aufgrund der gesamtvertraglichen Regelung entstehenden Mehrkosten der Krankenkasse gegenzufinanzieren. Sofern allerdings eine Qualitätsverbesserung in der vertragsärztlichen Versorgung gemeinsam mit der

juris Lex QS
12052024 ()

Kassenärztlichen Vereinigung eingeführt wird, ist anzustreben, dass diese Verbesserung nach einem gewissen Zeitablauf von allen Vertragsärzten erbracht wird, sodass die Gegenfinanzierung schon systematisch nicht mehr gewährleistet werden kann, weil immer weniger Ärzte den Vergütungsabschlägen unterliegen. Der Vertrag müsste dann, auch wenn er zielführend ist, beendet werden. Daher verhindert die Malus-Regelung des § 135b Absatz 4 Satz 2 SGB V die breitere Anwendung der grundsätzlich sinnvollen Norm.

44. Zu Artikel 1 Nummer 76a – neu – (§ 135d – neu – SGB V)

In Artikel 1 ist nach Nummer 76 folgende Nummer 76a einzufügen:

‚76a. Nach § 135c wird folgender § 135d eingefügt:

„§ 135d

Förderung der Qualität durch die Krankenkassen

(1) Die Krankenkassen oder ihre Verbände können im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgabenstellung in Ergänzung zur vertragsärztlichen oder vertragszahnärztlichen Versorgung mit Kassenärztlichen Vereinigungen oder Kassenzahnärztlichen Vereinigungen Verträge zur Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung der Versicherten sowie zur Förderung und Weiterentwicklung der Leistungserbringung, der Arzneimittelversorgung oder der sektorenübergreifenden Versorgung in den verschiedenen Leistungsbereichen schließen. Die Verträge können Verfahrens- und Organisationsformen, die Festlegung einheitlich strukturierter und elektronisch dokumentierter Leistungs-, Struktur- oder Qualitätsmerkmale sowie die in § 11 Absatz 6 genannten Satzungsleistungen, Leistungen nach den §§ 20, 20a, 20i, 25, 26, 27b, 63 Absatz 3c, bei Schwangerschaft und Mutterschaft, zum Medikationsmanagement, zur Telemedizin, zur Fortführung von Leistungen aus Modellvorhaben sowie ärztliche und zahnärztliche Leistungen einschließlich neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden betreffen. Gegenstand können nur solche Leistungen sein, über die im Bundesmantelvertrag oder im einheitlichen Bewertungsmaßstab keine widersprechende Regelung getroffen ist oder über deren Eignung als Leistung der Krankenversicherung der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 oder im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c Absatz 1 keine ablehnende Entscheidung getroffen hat. Die ergänzende Regelung muss dem

...

juris Lex QS
12052024 ()

Sinn und der Eigenart der vereinbarten Versorgung entsprechen und insbesondere darauf ausgerichtet sein, die Qualität, Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern. Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss sowie die in den Bundesmantelverträgen für die Leistungserbringung in der vertragsärztlichen Versorgung beschlossenen Qualitätsanforderungen gelten als Mindestvoraussetzungen entsprechend. Kassenindividuelle oder kassenartenspezifische Verträge über zusätzliche Vergütungen für Diagnosen können nicht Gegenstand der Verträge sein; § 71 Absatz 6 ist entsprechend anzuwenden.

(2) In der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung zugelassene Leistungserbringer oder Gruppen von Leistungserbringern, pharmazeutische Unternehmer, Hersteller von Medizinprodukten im Sinne des Gesetzes über Medizinprodukte sowie Unternehmen von Kommunikationstechnologien und Telemedizin können an den Verträgen nach Absatz 1 beteiligt oder in diese einbezogen werden.

(3) Die Verträge nach Absatz 1 können von den Vorschriften des Dritten, Vierten und Zehnten Kapitels dieses Buches, ausgenommen § 136b, des Elften Buches, des Dritten Abschnitts des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes, ausgenommen § 8 Absatz 1 Satz 3 sowie § 21, und des Arzneimittelgesetzes sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen abweichen. Abweichungen vom Zehnten Kapitel dieses Buches können insbesondere informationstechnische und organisatorische Verbesserungen der Datenverwendung, einschließlich der Erweiterung der Befugnisse zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von personenbezogenen Daten sein, um die papiergebundene Kommunikation durch elektronische und maschinell verwertbare Übermittlungen der Daten zu ersetzen.

(4) Die Wirtschaftlichkeit der Verträge muss spätestens vier Jahre nach dem Wirksamwerden der zugrundeliegenden Verträge nachweisbar sein. Werden in einem Vertrag nach Absatz 1 Leistungen geregelt, die bereits in den Verträgen nach § 85 oder § 87a, den Ausgabenvolumen nach § 84 oder der Krankenhausbudgets vergütet werden oder von diesen umfasst sind, sind die Vergütungen oder der Behandlungsbedarf nach § 87a Absatz 3 Satz 2, die Ausgabenvolumen oder die Budgets zu bereinigen. Die Bereinigung hat entsprechend der Zahl und der Morbiditäts- oder Risikostruktur der die Leistungen gemäß der Verträge nach

...

juris Lex QS
12052024 ()

Absatz 1 inanspruchnehmenden Versicherten sowie der in diesen Verträgen jeweils vereinbarten Inhalte zu erfolgen. Die Budgets der einbezogenen Krankenhäuser sind dem geringeren Leistungsumfang anzupassen; § 21 Krankenhausentgeltgesetz bleibt davon unberührt. Für die Bereinigung des Behandlungsbedarfs nach § 87a Absatz 3 Satz 2 kann eine rückwirkende Bereinigung vereinbart werden. § 89 findet keine Anwendung. § 71 Absatz 4 und 5 gelten entsprechend.“ ‘

Begründung:

Die Einfügung eines § 135d SGB V nimmt in erster Linie die Weiterentwicklung der Grundversorgung (Regelversorgung) in den Fokus und unterscheidet sich damit von den bisherigen Regelungsmöglichkeiten des § 140a SGB V (Selektivverträge). Ohne eine entsprechende gesetzliche Grundlage ist eine Verbesserung und Weiterentwicklung beziehungsweise die Berücksichtigung von regionalen Bedingungen der Regelversorgung nicht möglich. Aus diesen Gründen ergibt sich, trotz der bestehenden Regelungen des § 140a SGB V, ein zusätzlicher Regelungsbedarf für die neue Vorschrift des § 135d SGB V.

Die Regelung stellt die Gestaltungsfreiheit und Regelungsbefugnis der Vertragspartner nach § 72 SGB V im Rahmen der Regelversorgung für ergänzende Verträge klar. Derzeit können Krankenkassen allenfalls im Rahmen von Modell- oder Selektivverträgen über die Regelversorgung hinaus andere Leistungsinhalte zur Förderung der Qualität vereinbaren. Die Umsetzung von Modell- und Selektivverträgen ist immer an Teilnahme- und Einschreibeverfahren, Evaluations- oder Wirtschaftlichkeitsbetrachtungen, erhebliche Datenlieferungen und teilweise auch an Ausschreibungen zur vertraglichen Bindung der Leistungserbringer geknüpft, was sich insbesondere bei Strukturmodellen und für die qualitative und technische Weiterentwicklung der Regelversorgung nachteilig, innovationshindernd und/oder zeitverzögernd auswirkt. Dieser Aufwand rechtfertigt sich nur, wenn mit dem Modell- oder Selektivvertrag außerhalb der Regelversorgung ein sehr umfassender Versorgungsauftrag definiert wird.

Zusätzlich zur Regelversorgung gibt es aber auch kleine und geringfügige Verbesserungen in der Leistungserbringung, die nicht immer eine neue bisher in der Regelversorgung nicht vorhandene Leistung beschreiben oder einen kompletten Versorgungsauftrag abbilden. Hierfür sind keine einfachen vertraglichen Regelungen möglich, um den Versicherten diese Verbesserungen zugänglich zu machen oder auch um Versorgung regional zu gestalten oder zukunftsfähig zu machen.

Beispielsweise nach Ende von Modellvorhaben (zum Beispiel wegen Erreichens der maximalen Laufzeit von acht Jahren) hat sich gezeigt, dass – wenn diese Leistung für die Einführung in die Regelversorgung prädestiniert ist, das Bewertungsverfahren im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) aber noch durchzuführen ist – keine Anschlussregelungen möglich sind. Um hier einen

juris Lex QS
12052024 ()

lückenlosen Übergang eines erfolgreichen Modells in die Regelversorgung zu gewährleisten, sind vertragliche Regelungen erforderlich, die es den bisherigen Vertragspartnern ermöglichen, bis zur endgültigen Entscheidung des G-BA und Bewertung der Leistung diese vorübergehend weiter anbieten zu können, um einen Bruch und eine Kostenerstattung wegen Systemversagens in der Versorgung zu vermeiden.

Im Hinblick auf die vertragsärztliche Versorgung hat der Gesetzgeber den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen über den § 87a SGB V hinaus mit dem § 135b Absatz 4 SGB V weitere gesamtvertragliche Gestaltungsräume eröffnet. Diese sind jedoch für die nicht teilnehmenden Ärzte mit Vergütungsabschlägen verbunden, um die aufgrund der gesamtvertraglichen Regelung entstehenden Mehrkosten der Krankenkasse gegenzufinanzieren. Sofern allerdings eine Qualitätsverbesserung in der vertragsärztlichen Versorgung gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingeführt wird, wird diese Verbesserung nach einem gewissen Zeitablauf von allen Vertragsärzten erbracht, sodass die Gegenfinanzierung nicht mehr gewährleistet ist, weil keine Ärzte mehr Vergütungsabschlägen unterliegen. Der Vertrag müsste dann, auch wenn er zielführend ist, beendet werden. Diese Vorschrift ist deshalb bisher nirgends zur Anwendung gekommen und für den intendierten Zweck daher nicht alternativ nutzbar.

Bisher kann neben den Kassenärztlichen Vereinigungen (§ 135b SGB V) auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft Verträge zur Förderung der Qualität schließen (§ 135c SGB V). Für die Krankenkassen dagegen fehlt eine entsprechende Rechtsgrundlage.

Die Einfügung des § 135d SGB V soll die Krankenkassen oder ihre Verbände in die Lage versetzen, mit den in der Regelversorgung vorgesehenen und etablierten Akteuren, auch durch mehrseitige Verträge, kurzfristig und auch regional Regelungen zu schaffen, damit den Versicherten Leistungen zur Verfügung gestellt werden können, ohne dass die mit Modell- oder Selektivverträgen einhergehenden Vorlaufzeiten und Aufwände erforderlich sind. Diese Verträge sollen ergänzend oder übergangsweise, bis zur Einführung in die Regelversorgung oder bis zur Bewertung des G-BA möglich sein. Es ist den Vertragspartnern damit möglich, den Versicherten flächendeckend und schnell Lösungen aufgrund der Weiterentwicklung des Gesundheitsmarktes und der technischen Möglichkeiten anzubieten.

Des Weiteren sind davon auch Leistungen betroffen, die nur einmalig für den Versicherten zur Abrechnung gelangen können, wie zum Beispiel die erweiterten Kinderuntersuchungen U10, U11 und J2. Weitere Fallgestaltungen können sich zum Beispiel aus einer umfassenderen Bereitstellung von Telemedizin, Gesundheits-Apps, im Zusammenhang mit der Delegation ärztlicher Leistungen oder im Zusammenhang mit fachärztlichen Videokonsilen ergeben.

Dabei werden die für den stationären Sektor geltenden Qualitätsbestimmungen des G-BA, die Grundsätze der dualen Finanzierung und die in der Verantwortung der Länder liegenden krankenhausplanerischen Festlegungen durch die Verträge nach § 135d SGB V nicht berührt.

...

juris Lex QS
12052024 ()

45. Zu Artikel 1 Nummer 80 Buchstabe a_0 – neu – (§ 140a Absatz 1 Satz 1 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 80 ist dem Buchstaben a folgender Buchstabe a_0 voranzustellen:

‚a_0) In §140a Absatz 1 Satz 1 werden nach den Wörtern „Die Krankenkassen“ die Wörter „und ihre Verbände“ eingefügt.‘

Begründung:

§ 140a Absatz 1 SGB V eröffnet Krankenkassen ein unbürokratisches Instrument zum Abschluss von Selektivverträgen zur besonderen Versorgung. Diese Abschlusskompetenz sollte auch Krankenkassenverbänden zustehen. So können einem noch breiteren Versichertenkreis erleichtert innovative Modelle zur besonderen Versorgung angeboten werden. Ein Gesetzesvergleich mit § 63 Absatz 1 Satz 1 SGB V, der den Abschluss innovativer Modellvorhaben eröffnen soll, zeigt, dass an anderer Stelle der Gesetzgeber den Krankenkassen und ihren Verbänden bereits dieselben Optionen zur Vertragsgestaltung eingeräumt hat.

Aufgrund der Verpflichtung zum Angebot einer hausarztzentrierten Versorgung unter Maßgabe der besonderen Regelungen aus § 73b Absatz 4 SGB V ist dagegen keine analoge Formulierung zu § 73b Absatz 1 Satz 1 SGB V naheliegend.

bei Annahme entfällt Ziffer 47

46. Zu Artikel 1 Nummer 80 a – neu – (§ 140f Absatz 7 SGB V)

In Artikel 1 ist nach Nummer 80 folgende Nummer 80a einzufügen:

‚80a. § 140f Absatz 7 wird wie folgt gefasst:

„(7) Die in der Verordnung nach § 140g genannten oder nach der Verordnung anerkannten Organisationen sowie die sachkundigen Personen werden bei der Durchführung ihres Mitberatungsrechts nach Absatz 3 von den Landesausschüssen nach § 90 durch geeignete Maßnahmen organisatorisch und inhaltlich unterstützt. Hierzu kann der Landesausschuss nach § 90 Aufwendungen für die entsprechenden koordinierenden Maßnahmen in angemessenem Umfang erstatten. Die Unterstützung erfolgt insbesondere durch Organisation von Fortbildungen und Schulungen sowie Aufbereitung von Sitzungsunterlagen sowie die Durchführung des Benennungsverfahrens nach Absatz 3 Satz 4. Der Anspruch auf Übernahme von Reisekosten, Aufwandsentschädigung und Verdienstausfall nach Absatz 5 besteht auch für die Teilnahme der sach-

juris Lex QS
12052024 ()

kundigen Personen an Koordinierungs- und Abstimmungstreffen sowie an Fortbildungen und Schulungen nach Satz 3.“ ‘

Begründung:

Die Organisationen zur Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen nehmen nach § 140f Absatz 3 SGB V auch auf Landesebene wichtige Mitberatungsrechte wahr.

Um die übertragene Beteiligung umfassend, kompetent und verantwortlich organisieren zu können, benötigen sie eine für diese Aufgaben zugeschnittene Unterstützung.

Nur so kann längerfristig sichergestellt werden, dass die Patientenvertreterinnen und -vertreter im Zusammenwirken mit den relevanten Organisationen der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen die Patientensicht und -stimme wirksam einbringen und vertreten.

Der Unterstützungs- und Koordinierungsbedarf besteht auf Landesebene in vergleichbarer Form wie auf Bundesebene im Gemeinsamen Bundesausschuss. Die rechtlichen Möglichkeiten der organisatorischen und inhaltlichen Unterstützung sollen deshalb auf dieser Ebene angeglichen werden.

Insbesondere wird die angemessene Erstattung von Aufwendungen für die entsprechenden koordinierenden Maßnahmen ermöglicht.

entfällt bei Annahme von Ziffer 46

47. Hilfsempfehlung zu Ziffer 46

Zu Artikel 1 Nummer 80a – neu – (§ 140f Absatz 7 Satz 2 SGB V)

In Artikel 1 ist nach Nummer 80 folgende Nummer 80a einzufügen:

‚80a. In § 140f Absatz 7 Satz 2 werden nach dem Wort „Abstimmungstreffen“ die Wörter „einschließlich solcher zur Förderung des Austauschs mit sachkundigen Personen aus anderen Ländern und im Gemeinamen Bundesausschuss“ eingefügt.‘

Begründung:

Mit der Änderung soll eine Klarstellung mit dem Ziel einer einheitlichen Verfahrensweise erfolgen. Die Klarstellung sieht eine ausdrückliche Regelung vor, dass die Unterstützung der Patientenvertreter auf Landesebene nach § 140f Absatz 7 SGB V auch für einen regelhaften Austausch mit der Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) oder in anderen Ländern gilt, also zum Beispiel auch Reisekosten übernommen werden, wenn der G-BA Abstimmungstreffen oder Schulungen für Patientenvertreter im Bereich Bedarfs-

juris Lex QS
12052024 ()

planung oder Qualitätssicherung anbietet oder organisiert. Einzelne Landesausschüsse haben hier in der Vergangenheit Reisekosten übernommen, aber die Unterstützung erfolgt nicht einheitlich. Der G-BA wiederum erstattet gemäß § 140f Absatz 6 SGB V die Reisekosten nur für Patientenvertreter im G-BA.

Die Höchstzahl von sechs zu finanzierenden Koordinierungs- und Abstimmungstreffen bleibt unverändert.

48. Zu Artikel 1 Nummer 91 (§ 274 Absatz 1 Satz 7 und Satz 8 SGB V)

Artikel 1 Nummer 91 ist wie folgt zu fassen:

‚91. Dem § 274 Absatz 1 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Die Prüfbehörden nach Satz 1 und 2 können in besonderen Fällen Wirtschaftsprüfer, vereidigte Buchprüfer, spezialisierte Rechtsanwaltskanzleien und Fachberater für Informationstechnologie mit einzelnen Bereichen der Prüfungen beauftragen. Die durch die Beauftragung entstehenden Kosten nach Satz 7 sind Kosten der Prüfung im Sinne von Absatz 2.“ ‘

Begründung:

Zur Unterstützung der Prüfungen nach § 274 SGB V soll die Möglichkeit eröffnet werden, dass die zuständigen Bundes- und Landesbehörden bei fachlich komplexen Sachverhalten, die Spezialwissen erfordern, Wirtschaftsprüfer, vereidigte Buchprüfer, spezialisierte Rechtsanwaltskanzleien oder Fachberater für Informationstechnologie mit Prüfungen beauftragen können. Besondere Fälle liegen insbesondere dann vor, wenn während der Prüfung eine besondere Problemstellung erkannt wird, die Spezialwissen erfordert und durch eine externe Bewertung dieses Prüfthemas die Verbesserung der Ergebnisqualität und Prüfdauer zu erwarten ist.

Dies gilt ebenso wie bei Prüfungen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit auch für Prüfungen des Bundeversicherungsamtes und der Prüfbehörden der Länder und soll auf Fachberater für Informationstechnologie ausgeweitet werden.

...

juris Lex QS
12052024 ()

49. Zu Artikel 1 Nummer 95a – neu – (§ 287a – neu – SGB V)

In Artikel 1 ist nach Nummer 95 folgende Nummer 95a einzufügen:

‚95a. Nach § 287 wird folgender § 287a eingefügt:

„§ 287a

Übermittlungspflicht der Finanzbehörden

(1) Die Finanzbehörden übermitteln den gesetzlichen Krankenkassen für die freiwillig versicherten Mitglieder, für die die Krankenkassen bis zum 28. Februar des Folgejahres die Höhe der gezahlten Beiträge zu übermitteln haben (§ 10 Absatz 2a Satz 4 Einkommenssteuergesetz) in einem automatisierten Verfahren jährlich die maschinell vorhandenen Feststellungen zu:

a) Erstelldatum des Steuerbescheides,

b) Kalenderjahr, für den der Steuerbescheid erstellt wurde,

c) Art des Bescheides (Ursprungs- oder Änderungsbescheid),

d) Datum des korrigierten Ursprungsbescheides,

e) Einkünfte aus nichtselbständiger Tätigkeit (Bruttoarbeitslohn, ohne Abzug der Werbungskosten),

f) Einkünfte aus Gewerbebetrieben,

g) Sonstige Einnahmen,

h) Summe der zu besteuernden Renten,

i) Kapitalerträge,

j) Werte aus der Steuervorauszahlung,

k) Einkünfte aus selbständiger freiberuflicher Tätigkeit,

l) Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung,

m) Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft,

n) Sonstige Einkünfte – Einnahmen aus Unterhaltsleistungen –,

o) Erläuterungen zur Festsetzung und

p) Inhalt der Rechtsbehelfsbelehrung.

...

juris Lex QS
12052024 ()

Die Krankenkassen dürfen diese Daten nur zur Berechnung der Beitragshöhe der freiwillig versicherten Mitglieder verwenden.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, das Nähere über das Verfahren der automatisierten Datenübermittlung durch Rechtsverordnung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen und mit Zustimmung des Bundesrates zu regeln.“ ‘

Begründung:

Im Zeitalter des elektronischen Datenaustausches und der voranschreitenden Digitalisierung sollte die heutige Einbahnstraße von Datenlieferungen der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) an die Finanzverwaltung in die andere Melderichtung geöffnet werden, in dem ein Austausch der Daten des Steuerbescheides von den Finanzämtern an die gesetzlichen Krankenkassen für den Personenkreis der in der GKV freiwillig Versicherten (zum Beispiel Selbständige) implementiert wird. Bisher melden die Krankenkassen für diese Personenkreise einseitig an die Finanzbehörden bis zum 28. Februar eines Kalenderjahres die im vorherigen Kalenderjahr entrichteten Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung. Die Schaffung eines solchen beiderseitigen Datenaustausches wird zu einer wesentlichen Vereinfachung der Beziehungen zwischen Mitgliedern, Finanzämtern und Krankenkassen beitragen.

Gegenstand der Änderung ist die Implementierung eines elektronischen Meldeverfahrens zwischen Finanzämtern und Krankenkassen, mit dem Ziel, den Krankenkassen künftig für die Mitglieder, deren Beitragshöhe jährlich den Finanzämtern übermittelt wird, im Gegenzug den Steuerbescheid elektronisch zu übermitteln.

Dies ist notwendig, weil die Finanzämter immer mehr von Papierbescheiden Abstand nehmen und künftig noch mehr als heute elektronische Bescheide (ELSTER) an die Steuerpflichtigen versenden. Hier macht es Sinn, den Krankenkassen ebenfalls eine digitale Version des Einkommensteuerbescheides zukommen zu lassen, so dass ein Mitglied nach Erhalt der digitalen Version von der Finanzbehörde, diesen Bescheid nicht mehr ausdrucken und an die Krankenkasse senden muss, was der Verwaltungsvereinfachung dient und dem Mitglied darüber hinaus Papier- und Portokosten erspart.

Für das Meldeverfahren muss eine gesetzliche Grundlage geschaffen werden, wie sie im Rahmen des Bürgerentlastungsgesetzes für die Meldungen der Krankenkassen an die Finanzbehörden bereits in eine Melderichtung geschaffen wurde; die Datensatzstrukturen lehnen sich an dieses Verfahren an.

Für die Beitragsberechnung der freiwillig Versicherten benötigen die Krankenkassen die Angabe und Höhe unterschiedlicher Bruttoeinnahmen der Steuerpflichtigen, um eine beitragsrechtliche Einstufung vornehmen zu können. Im Einzelnen sind dies:

...

juris Lex QS
12052024 ()

- Erstelldatum des Steuerbescheides,
- Kalenderjahr, für den der Steuerbescheid erstellt wurde,
- Art des Bescheides (Ursprungs- oder Änderungsbescheid),
- Datum des korrigierten Ursprungsbescheides,
- Einkünfte aus nichtselbständiger Tätigkeit (Bruttoarbeitslohn, ohne Abzug der Werbungskosten),
- Einkünfte aus Gewerbebetrieben,
- Sonstige Einnahmen – zum Beispiel Leibrenten –,
- Summe der zu besteuernden Renten,
- Kapitalerträge,
- Werte aus der Steuervorauszahlung (ist erforderlich zur Prüfung der Beitragshöhe des Selbständigen bei einem Gewinnbruch),
- Einkünfte aus selbständiger freiberuflicher Tätigkeit,
- Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung,
- Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft,
- Sonstige Einkünfte – Einnahmen aus Unterhaltsleistungen –,
- Erläuterungen zur Festsetzung und
- Inhalt der Rechtsbehelfsbelehrung (zum Beispiel ausländische Bezüge).

50. Zu Artikel 1 Nummer 99 Buchstabe d (§ 295 Absatz 4 Satz 3 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 99 Buchstabe d sind in § 295 Absatz 4 Satz 3 die Wörter „erstmals bis zum 30. Juni 2020 mit Wirkung zum 1. Januar 2022“ durch die Wörter „erstmals bis zum 1. Januar 2020 mit Wirkung zum 1. Januar 2021“ zu ersetzen.

Begründung:

Die dokumentierten Diagnosen und Prozeduren sind für die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung in der vertragsärztlichen Versorgung, den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich und im Rahmen von Richtlinien des Gemeinsamen Bundesauschusses unter anderem im Bereich der Qualitätssicherung, für die Versorgungsforschung und für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes von großer Bedeutung. Da die vorbereitenden Arbeiten für die festzulegenden Schlüssel und Prüfmaßstäbe bereits weit fortgeschritten sind, können die Daten durch die Vorverlegung der gesetzlichen Fristen im Vergleich zum Gesetzentwurf ein Jahr früher nutzbar gemacht werden.

...

juris Lex QS
12052024 ()

Die erstmalige Festlegung soll somit bereits bis zum 1. Januar 2020 zu erfolgen. Diese Version soll Grundlage dafür sein, um eine Schulung der betroffenen Ärzte sowie die Erprobung der Regelungen zur Kodierung in der Arztpraxis und auch notwendige Anpassungen der Praxissoftware zu ermöglichen, damit diese schon zum 1. Januar 2021 wirksam werden können.

51. Zu Artikel 10 Nummer 6 (§ 47a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1, 2, 3 und Satz 5 – neu – SGB XI)

In Artikel 10 Nummer 6 ist § 47a Absatz 3 wie folgt zu ändern:

a) Satz 1 ist wie folgt zu ändern:

aa) Nummer 1 ist wie folgt zu fassen:

„1. die Stellen, die für die Entscheidung über die Zulassung von Leistungserbringern zur pflegerischen Versorgung, für den Abschluss der Rahmenverträge nach dem SGB XI, für die Leistungsgewährung sowie für die Abrechnung von Leistungen bei den Pflegekassen, deren Verbänden und den örtlichen sowie überörtlichen Trägern der Sozialhilfe im Land zuständig sind,“

bb) Nummer 2 und 3 sind zu streichen.

b) Folgender Satz ist anzufügen:

„Ebenso dürfen die örtlichen sowie überörtlichen Träger der Sozialhilfe im Land, personenbezogene Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben erhoben oder an sie weitergegeben oder übermittelt wurden, an die Stellen in Satz 1 Nummer 4 übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen beim Empfänger erforderlich ist.“

Begründung:

Zu Buchstabe a:

Die Einfügung des neuen § 47a Absatz 3 SGB XI wird grundsätzlich begrüßt. Es ist jedoch wichtig, dass die gesetzliche Regelung auch die Übermittlung der Daten durch die Stellen nach § 47a Absatz 1 Satz 2 SGB XI an die Stellen erfasst, die bei den jeweiligen Sozialhilfeträgern für die Vertragsangelegenheiten nach dem SGB XI zuständig sind. Die von der Bundesregierung vorgesehene Formulierung in § 47a Absatz 3 Nummer 1 SGB XI greift hier zu kurz, weil die für Vertragsangelegenheiten zuständigen Stellen beim Sozialhilfeträger nach dem SGB XI nicht befugte Empfänger der Datenübermittlung sind.

...

juris Lex QS
12052024 ()

Die jeweils für die Vertragsangelegenheiten zuständigen Stellen beim Sozialhilfeträger müssen jedoch ebenfalls Adressat der Datenübermittlung sein, weil eine grundlegende Voraussetzung für eine erfolgreiche und effiziente Bekämpfung des Leistungsmissbrauchs die Etablierung eines engen Kooperations- und Kommunikationssystems der im Pflegesektor agierenden wichtigsten Institutionen ist. Hierzu gehören neben den Pflegekassen, auch die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung, die Landeskriminalämter, die Staatsanwaltschaften und die Sozialhilfeträger.

Die für Vertragsangelegenheiten zuständigen Stellen beim Sozialhilfeträger und die Pflegekassen müssen sich bei schweren Verdachtsfällen ein Gesamtbild zu einem Pflegedienst verschaffen und sind auf einen gegenseitigen Austausch angewiesen. Insbesondere bei bereits festgestelltem Leistungsmissbrauch ist die jeweilige Stelle, die für den Träger der Sozialhilfe für die Aufgabenwahrnehmung „Erteilung des Einvernehmens“ gemäß § 74 Absatz 1 und 2 SGB XI in Vertragskündigungsverfahren zuständig ist, mit den notwendigen Daten zu versorgen. Ist die Übermittlung der Daten nicht zulässig, müssten die für Vertragsangelegenheiten zuständigen Stellen mangels sachlicher Prüfungsgrundlage entweder das Einvernehmen pauschal nicht erteilen oder ohne mögliche inhaltliche Prüfung der Vorwurfsfälle das Einvernehmen erklären.

Zu Buchstabe b:

Zur erfolgreichen Bekämpfung von Abrechnungsbetrug sollte zudem der gegenseitige Austausch an Informationen zwischen dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und dem Sozialhilfeträger erfolgen. Ein zweiseitiger Austausch ist Voraussetzung, um die Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen wirksam umsetzen zu können.

Insbesondere vor dem Hintergrund der vorgeschlagenen Erweiterung des § 78 SGB XII auf den Pflegebereich im Rahmen der Änderungen des Bundesteilhabegesetzes durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales, ist es notwendig, die Zusammenarbeit zwischen dem Sozialhilfeträger und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung rechtlich besser abzusichern.

52. Zu Artikel 10 Nummer 6 (§ 47a Absatz 3 Satz 1 Nummer 3a – neu – SGB XI)

In Artikel 10 Nummer 6 ist in § 47a Absatz 3 Satz 1 nach Nummer 3 folgende Nummer 3a einzufügen:

„3a. die Stellen, die nach Landesrecht für eine Förderung nach § 9 zuständig sind,“

Begründung:

Gemäß § 9 SGB XI sind die Länder für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur verantwortlich. Das Nähere zur Planung und Förderung der Pflegeein-

...

juris Lex QS
12052024 ()

richtungen wird durch Landesrecht bestimmt. Sofern ein Land eine Förderung im Sinne des § 9 SGB XI gewährt, ist die rechtmäßige Gewährung der Fördermittel sicherzustellen. Ein Leistungsmissbrauch ist zu verhindern. Hierfür bedarf es, je nach Ausgestaltung des Landesrechts, eines Datenaustausches zwischen den in § 47a Absatz 1 Satz 2 SGB XI genannten Stellen und den Stellen, die für die Förderung zuständig sind.

Eine Berücksichtigung der Stellen, die für eine Förderung nach § 9 SGB XI zuständig sind, ist im Gesetzentwurf nicht vorgesehen. Ein Datenaustausch mit den in § 47a Absatz 1 Satz 2 SGB XI genannten Stellen wäre damit ausgeschlossen, wodurch eine Bekämpfung von Leistungsmissbrauch erschwert wäre.

53. Zu Artikel 15 Nummer 6 – neu – (§ 32b Absatz 1 Satz 3 – neu – Ärzte-ZV) und Artikel 15a – neu – (§ 32b Absatz 1 Satz 3 – neu – Zahnärzte-ZV)

a) Dem Artikel 15 ist folgende Nummer 6 anzufügen:

‚6. Dem § 32 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Satz 2 gilt entsprechend für Medizinische Versorgungszentren; dabei ist den Besonderheiten der Medizinischen Versorgungszentren Rechnung zu tragen.“ ‘

b) Nach Artikel 15 ist folgender Artikel 15a einzufügen:

‚**Artikel 15a**

Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte

Dem § 32b Absatz 1 der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-26, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 7 der Verordnung vom 7. Juli 2017 (BGBl. I S. 2842) geändert worden ist, wird folgender Satz angefügt:

„Satz 2 gilt entsprechend für Medizinische Versorgungszentren; dabei ist den Besonderheiten der Medizinischen Versorgungszentren Rechnung zu tragen.“ ‘

Begründung:

Die Regelungen der Bundesmantelverträge, wonach mit Blick auf die Sicherstellung der persönlichen Leitung jeder Vertrags(zahn)arzt nur eine eng begrenzte Zahl Angestellter beschäftigen darf, gelten für Medizinische Versor-

...

juris Lex QS
12052024 ()

gungszentren (MVZ) nicht. Diese haben zwar eine eigene Zulassung, sind jedoch nicht Vertrags(zahn)ärzte. Insoweit fehlt es derzeit an einer entsprechenden gesetzlichen Ermächtigungsnorm für eine vergleichbare Regelung für MVZ in den Bundesmantelverträgen.

Dies trägt mit dazu bei, dass in Großstädten und Ballungsgebieten Groß-MVZ mit vielen angestellten Ärzten oder Zahnärzten entstehen. Im Umkehrschluss bedeutet es auch, dass weniger Ärzte / Zahnärzte eine Anstellung oder Niederlassung auf dem Land in Betracht ziehen.

Es ist daher erforderlich, auch für angestellte Ärzte und Zahnärzte in MVZ die Möglichkeit einer zahlenmäßigen Begrenzung in den Bundesmantelverträgen zu schaffen. Dabei ist den Besonderheiten eines MVZ von den Vertragspartnern Rechnung zu tragen.

B

54. Der **Ausschuss für Kulturfragen** empfiehlt dem Bundesrat, gegen den Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes keine Einwendungen zu erheben.

juris Lex QS
12052024 ()