

# Referentenentwurf

## des Bundesministeriums für Gesundheit

### Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune

(Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG)

#### A. Problem und Ziel

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

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

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

Kinder und Jugendliche haben im Bereich der Psychotherapie besondere Versorgungsbedürfnisse. Ihr flächendeckender Zugang zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung soll verbessert werden.

Den Ländern soll zudem ermöglicht werden, ihre versorgungsrelevanten Erkenntnisse in den Zulassungsausschüssen verbindlich zur Geltung zu bringen und damit die vertragsärztliche Versorgung maßgeblich mitzugestalten.

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

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

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

Infolge des Flexirentengesetzes vom 8. Dezember 2016 kommt es vermehrt zu Fällen, in denen privat krankenversicherte Rentnerinnen und Rentner durch die gezielte Wahl einer Teilrente für nur kurze Zeit Zugang zur GKV erhalten. Durch das Absenken des Rentenzahlbetrages wird die Einkommensgrenze der Familienversicherung nach § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) erreicht und damit eine beitragsfreie Familienversicherung ermöglicht. Wird in der Folgezeit wieder eine Vollrente gewählt, kann die Rentnerin oder der Rentner sich freiwillig in der GKV weiterversichern. Mit dem Gesetzentwurf soll dieser Missbrauchsmöglichkeit zulasten der Solidargemeinschaft in der GKV vorgebeugt werden. Gleiches gilt für die soziale Pflegeversicherung.

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

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

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

Außerdem soll die Teilnahme an hausarztzentrierter Versorgung durch Bonusleistungen der Krankenkassen gefördert werden. Die Vergütung der Kosten durchgeführter Testungen auf das Coronavirus SARS-CoV-2 bei voll- oder teilstationären Patientinnen und Patienten im Krankenhaus erfolgt weiterhin über ein separates Zusatzentgelt. Wie andere coronabedingte Sonderregelungen ist auch diese Regelung nach dem Ende der SARS-CoV-2-Pandemie nicht mehr erforderlich.

Seit dem Jahr 2004 sind die Kranken- und Pflegekassen – wenn angezeigt auch ihre Landesverbände – sowie der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) gesetzlich verpflichtet, Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen einzurichten und zu betreiben. Die wichtige Arbeit der Fehlverhaltensbekämpfung muss weiterentwickelt und gestärkt werden, damit insbesondere Betrugsfälle zulasten der GKV besser vermieden, aufgedeckt und verfolgt werden können. Ziel ist es, die Solidargemeinschaft noch wirksamer davor zu schützen, dass ihr Finanzmittel unberechtigt entzogen werden und möglichst viele unzulässig abgeflossene Gelder wieder einzutreiben.

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) vom 26. März 2007 erhielt der Bundesrechnungshof im Hinblick auf die pauschale Abgeltung versicherungsfremder Leistungen der GKV durch Bundeszuschüsse ein Prüfrecht in Bezug auf die Krankenkassen in § 274 Absatz 4 SGB V. Seit dieser Zeit hat der BRH immer wieder darauf hingewiesen,

dass er für eine wirksame Finanzkontrolle im Gesundheitswesen Prüfrechte bei weiteren Selbstverwaltungsorganisationen insbesondere bei den Kassenärztlichen Vereinigungen, ihren Bundesvereinigungen und dem G-BA benötige. Die Prüfrechte des BRH sollen in diesem Sinne nunmehr ausgebaut werden, um die finanzielle Transparenz und Kontrolle im Gesundheitssystem weiter zu erhöhen.

Auf Wunsch der pflegebedürftigen Person kann nach § 37 Absatz 3 Satz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) im Zeitraum vom 1. Juli 2022 bis einschließlich 30. Juni 2024 jede zweite Beratung per Videokonferenz durchgeführt werden. Der nach § 7a Absatz 9 Satz 1 SGB XI vom GKV-Spitzenverband dem BMG im Juni 2023 vorgelegte Bericht zur Pflegeberatung nach § 7a SGB XI sowie zur Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 SGB XI beinhaltet kaum Aussagen zur Durchführung der Beratung per Videokonferenz. Deshalb ist eine Entscheidung über eine Entfristung der Regelung derzeit nicht möglich. Es bedarf einer Verlängerung der Evaluationsfrist.

## **B. Lösung**

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

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

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

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

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

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

Für die Zulassung eines MVZ in der Rechtsform der GmbH sieht der Gesetzentwurf die Möglichkeit vor, die gesetzlich vorgesehenen Sicherheitsleistungen der Höhe nach zu begrenzen. Darüber hinaus wird klargestellt, dass die Verwendung von Mitteln des Strukturfonds zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung nicht von der Feststellung einer Unterversorgung oder eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs abhängt.

Den besonderen Versorgungsbedürfnissen von Kindern und Jugendlichen beim Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung wird durch eine separate Bedarfsplanung Rechnung getragen.

Zudem wird das Mitberatungsrecht der zuständigen Landesbehörden in Verfahren der Zulassungsausschüsse mit besonderer Versorgungsrelevanz um ein Mitentscheidungsrecht ergänzt.

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

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

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

Durch die Untersagung eines Wechsels aus der privaten Krankenversicherung in die Familienversicherung für solche Personen, die nur aufgrund des Absenkens ihrer Altersrente auf eine Teilrente die Voraussetzungen für die Familienversicherung erfüllen, wird die bislang bestehende Gesetzeslücke geschlossen.

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

Um die ambulante ärztliche Versorgung in der GKV auch künftig flächendeckend sicherzustellen, ist es essentiell, die hausärztliche Versorgung zu stärken. Hierfür werden mehrere Maßnahmen zur Anpassung der Vergütung der Hausärztinnen und Hausärzte ergriffen. Die Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung werden von mengenbegrenzenden oder honorarmindernden Maßnahmen ausgenommen (Entbudgetierung). Zudem werden eine jährliche Versorgungspauschale zur Behandlung chronisch kranker Patientinnen und Patienten eingeführt sowie eine Vorhaltepauschale für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrages, sofern die Hausärztin oder der Hausarzt bestimmte Kriterien erfüllt.

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

Auch für die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung sollen die Versicherten einen Bonus von ihrer Krankenkasse erhalten. Damit wird die Attraktivität der hausarztzentrierten Versorgung weiter gesteigert.

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

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

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

In § 37 Absatz 3 Satz 4 SGB XI wird der Zeitraum zur Durchführung jeder zweiten Beratung per Videokonferenz auf Wunsch der pflegebedürftigen Person bis zum 31. März 2027 verlängert.

## **C. Alternativen**

Keine.

## **D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand**

Bund, Länder und Kommunen

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

Gesetzliche Krankenversicherung

Die Maßnahmen im Bereich der Vergütung der hausärztlichen Versorgung führen zu unterschiedlichen finanziellen Auswirkungen. Die Entbudgetierung der Hausärztinnen und Hausärzte führt zu jährlichen Mehrausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe eines unteren dreistelligen Millionenbetrages. Durch die Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen (EBM) im Hinblick auf die Einführung einer jährlichen Versorgungspauschale zur Behandlung chronisch kranker Patientinnen und Patienten sowie einer Vorhaltepauschale für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrages können der GKV Mehr- oder Minderausgaben entstehen. Diese lassen sich derzeit nicht beziffern, da die Anpassung des EBM durch den Bewertungsausschuss erfolgt. Minderausgaben lassen sich durch die Verbesserung der hausärztlichen Versorgungssteuerung realisieren, durch medizinisch nicht notwendige persönliche Arzt-Patienten-Kontakte und Einbestellungen von Versicherten in die Praxen. Auch können so Personaleinsatz vermieden, Effizienzreserven realisiert und Minderausgaben bei verordneten und veranlassten Leistungen in nachgelagerten Sektoren ermöglicht werden.

Durch die Streichung des Wahltarifs für hausarztzentrierte Versorgung entstehen direkte Einsparungen in nicht bezifferbarer Höhe. Gleichzeitig führt ein Bonus für die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung zu Mehrausgaben, welche abhängig sind von der tatsächlichen Inanspruchnahme sowie der Höhe des ausgezahlten Bonus. Aufgrund der positiven Auswirkung auf die medizinische Versorgung und die Gesundheit der Versicherten durch die Teilnahme an einer hausarztzentrierten Versorgung, ist im Falle einer steigenden Inanspruchnahme und abhängig von der Ausgestaltung des Bonus langfristig von Minderausgaben für die GKV auszugehen.

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

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

#### 1. Haushaltsausgaben ohne Vollzugaufwand

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

#### 2. Vollzugaufwand

Die Ausführung des Gesetzes führt zu keinem nennenswerten Vollzugaufwand.

### **E. Erfüllungsaufwand**

#### **E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger**

Für die Bürgerinnen und Bürger entsteht kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand.

#### **E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft**

Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 SGB XI werden ganz überwiegend von zugelassenen Pflegediensten durchgeführt und zwar entweder in der eigenen Häuslichkeit der pflegebedürftigen Person oder auf deren Wunsch per Videokonferenz. Dabei ist davon auszugehen, dass die meisten Pflegedienste bereits über eine Hardware-Ausstattung verfügen. Soweit bei den Pflegediensten die notwendige Hardware nicht vorhanden ist, entsteht für die Beschaffung ein einmaliger Sachaufwand je Pflegedienst in Höhe von geschätzt 2.500 Euro (Neuanschaffung von Hardware einschließlich Aufwand für Erstinstallation). Aktuell gibt es rund 15.000 Pflegedienste. Bei Annahme, dass 95 Prozent über die erforderliche Hardware-Ausstattung verfügen, somit 5 Prozent die Anschaffung tätigen müssten, entstände ein einmaliger Sachaufwand in Höhe von 1.875.000 Euro (750 Pflegedienste x 2.500 Euro = 1.875.000 Euro). Im Hinblick auf die notwendige Software (zertifizierter Videodienstleister im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach dem Fünften Buch) ist zu vermuten, dass diese bei etlichen Pflegediensten noch nicht vorhanden ist. Für die Beschaffung der Softwarelizenzen und IT-Support entsteht je Pflegedienst ein jährlicher Sachaufwand in Höhe von geschätzt 600 Euro. Bei Annahme, dass 50 Prozent diese

Software-Anschaffung tätigen müssten, entstände ein jährlicher Sachaufwand in Höhe von 4.500.000 Euro (7.500 Pflegedienste x 600 Euro = 4.500.000 Euro).

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

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

## Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

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

## **E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung**

### 1. Bund, Länder und Kommunen

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

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

Für die Länder und die Kommunen entsteht kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand.

## 2. GKV und soziale Pflegeversicherung

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

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

Dem GKV-Spitzenverband entsteht ein zusätzlicher jährlicher Erfüllungsaufwand im Umfang einer halben Stelle im gehobenen Dienst für das regelmäßige Fortschreiben der nach § 217f Absatz 4 Satz 4 SGB V zu erlassenden Richtlinie für die Verarbeitung und Auswertung der von den Kranken- und Pflegekassen übermittelten Daten zur Servicequalität der Kranken- und Pflegekassen und zum Leistungsgeschehen in der GKV und in der sozialen Pflegeversicherung sowie für das Einpflegen der Daten auf der digitalen Plattform, auf der die Kennzahlen und Informationen zur Service- und Leistungsqualität veröffentlicht werden. Legt man entsprechend dem Leitfaden zur Ermittlung und Darstellung des Erfüllungsaufwands in Regelungsvorhaben der Bundesregierung ein Gehalt von 43,40 Euro pro Stunde, für eine Vollzeitkraft eine Wochenarbeitszeit von 40 Stunden und eine Jahresarbeitszeit von 200 Tagen zugrunde, entspricht dies einer jährlichen Aufwendung für eine 0,5 Vollzeitkraft in Höhe von rund 35.000 Euro. Sobald das Verfahren etabliert ist, ist von einem deutlich geringeren jährlichen Erfüllungsaufwand auszugehen.

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

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

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



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

Durch die Verpflichtung zur Beauftragung eines Gutachtens über die Grundkonzeption einer zentralen Betrugsdatenbank für die Fehlverhaltensbekämpfung, entsteht dem GKV-Spitzenverband für das Gutachten ein einmaliger Kostenaufwand in Höhe von geschätzt etwa 300.000 Euro. Der genaue Betrag, der für das Gutachten anfällt, hängt vom Ausgang des Vergabeverfahrens ab. Für die Durchführung des Vergabeverfahrens entsteht beim GKV-Spitzenverband ein einmaliger Erfüllungsaufwand von rund 2 600 Euro (40 Arbeitsstunden zu einem durchschnittlichen Stundensatz in Höhe von 46,50 Euro sowie 10 Arbeitsstunden zu einem durchschnittlichen Stundensatz in Höhe von 70,50 Euro). Aus der Begleitung und Auswertung des Gutachtens sowie der Finalisierung und Vorlage des Konzepts durch den GKV-Spitzenverband resultiert ein weiterer einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 3.300 Euro (40 Arbeitsstunden zu einem durchschnittlichen Stundensatz in Höhe von 46,50 Euro sowie 20 Arbeitsstunden zu einem durchschnittlichen Stundensatz in Höhe von 70,50 Euro).

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

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

Für die Beitragsfreiheit für Waisenrenten bei Freiwilligendiensten dürften die Mindereinnahmen für die GKV und die soziale Pflegeversicherung bei circa 40 Tsd. BFD-Leistenden (unter 27 Jahre), einem angenommenen Waisen-Anteil von 1 Prozent (circa 300 Tsd. in D) und einer angenommenen Waisenrente von durchschnittlich 208 Euro pro Monat (Quelle: [diavorsorge.de](http://diavorsorge.de)) bei circa 0,2 Mio. Euro jährlich liegen.

### 3. Sonstige

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

zweimal anfällt. Insgesamt ergibt sich ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 20.000 Euro.

Die Klarstellungen zur Regelungsbefugnis der Kassenärztlichen Vereinigungen und ihrer Bundesvereinigungen, des G-BA sowie des Bewertungsausschusses, die Durchführung hybrider und digitaler Sitzungen ihrer Organe und Entscheidungsgremien in ihren Satzungen beziehungsweise Geschäftsordnungen vorzusehen, verursachen bei diesen Selbstverwaltungsorganisationen keinen nennenswerten Erfüllungsaufwand. Die Selbstverwaltungsorganisationen haben spätestens in der Covid-19-Pandemie die technischen Voraussetzungen zur Durchführung hybrider und digitaler Sitzungen geschaffen und auch in ihren Satzungen beziehungsweise Geschäftsordnungen überwiegend schon Regelungen hierzu getroffen. Bei den Änderungen handelt sich um notwendige Klarstellungen der Ermächtigungsgrundlagen für diese Regelungen, die zudem optional gestaltet sind.

Für die finanzielle Unterstützung der Wahrnehmung der erweiterten Beteiligungsrechte der Vertretung der Berufsorganisationen der Pflegeberufe entsteht für den G-BA ein Erfüllungsaufwand in Höhe der zu leistenden Ausgaben für Reisekosten, für Verdienstausschlag oder für Aufwandsentschädigung, der etwa bei 350.000 Euro liegen kann. Der zusätzliche Erfüllungsaufwand der Geschäftsstelle des G-BA für die Abrechnung der Zahlungen wird von ihr auf etwa 44.000 Euro geschätzt.

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

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

Dem Bewertungsausschuss (gebildet durch den GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung) entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von 10.000 Euro für die Beratung und Beschlussfassung der Verfahren zur Festsetzung der auf die allgemeinen hausärztlichen Versorgungseleistungen entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sowie zur Ermittlung der auf die Krankenkassen entfallenden Anteile an Ausgleichszahlungen. Durch die Pflicht zur Evaluation der Auswirkungen der Regelungen zur Aufhebung der mengenbegrenzenden oder honorarmindernden Maßnahmen bei der allgemeinen hausärztlichen Versorgung entsteht dem Bewertungsausschuss zudem ein einmaliger Erfüllungsaufwand von 7.500 Euro. Für die Entwicklung eines Konzepts für die Versorgungspauschale und der entsprechenden Beschlussfassung nach Genehmigung durch das BMG entsteht dem Bewertungsausschuss ein weiterer einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von 20.000 Euro. Für die Evaluierung der Auswirkungen dieser Pauschale auf die Versorgung sind 7.500 Euro einmalig als Erfüllungsaufwand anzusetzen. Für die Beschlussfassung zur Vorhaltepauschale entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von 8.000 Euro, zur Evaluierung dieser sind ebenfalls 7.500 Euro anzusetzen.

Den regionalen Gesamtvertragspartnern (Kassenärztliche Vereinigungen und Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen) entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von 14.000 Euro für die Herleitung und Vereinbarungen zur erstmaligen Festsetzung der auf die allgemeinen hausärztlichen Versorgungleistungen entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und gegebenenfalls eines Zuschlagvolumens für die hausärztliche Versorgung.

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

## **F. Weitere Kosten**

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

# Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

## Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune

### (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG)

Vom ...

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

## Artikel 1

### Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 5b des Gesetzes vom 22. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 408) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Dem § 10 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Ehegatten und Lebenspartner sind nicht versichert, wenn sie die Voraussetzungen nach Satz 1 Nummer 5 durch die Wahl einer Rente wegen Alters als Teilrente erfüllen und zuvor nicht gesetzlich krankenversichert waren.“

2. Nach § 33 Absatz 5b Satz 2 SGB V wird folgender Absatz 5c eingefügt:

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

3. In § 34 werden in der Überschrift das Komma und die Angabe „Heil-“ gestrichen.

4. § 53 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird die Angabe „§ 73b“ gestrichen.

b) Die Sätze 3 bis 6 werden gestrichen.

5. In § 63 Absatz 3c Satz 4 werden die Wörter „sowie den maßgeblichen Verbänden der Pflegeberufe“ gestrichen.

6. § 65a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird nach der Angabe „§§ 25, 25a und 26“ das Wort „oder“ durch ein Komma ersetzt und werden nach dem Wort „nehmen“ ein Komma und die

Wörter „oder an einer hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b teilnehmen“ eingefügt.

bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Der Bonus für die Teilnahme an einer hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b beträgt jährlich mindestens 30 Euro.“

b) In Absatz 3 Satz 1 werden nach den Wörtern „Maßnahmen nach Absatz 1a“ die Wörter „und für Bonusleistungen nach Absatz 1 zur Teilnahme an einer hausarztzentrierten Versorgung nach §73b“ eingefügt.

7. Dem § 81 wird folgender Absatz 6 angefügt:

„(6) Die Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen können Regelungen zur Durchführung digitaler und hybrider Sitzungen ihrer Organe und sonstigen satzungsmäßigen Entscheidungsgremien treffen.“

8. § 87 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2b werden die Sätze 5 und 6 durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Abweichend von Satz 1 erster Halbsatz beschließt der Bewertungsausschuss bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des 6. auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] eine einmal jährlich abrechnungsfähige Versorgungspauschale, die bei der Behandlung eines Versicherten, bei dem mindestens eine lang andauernde, lebensverändernde Erkrankung vorliegt, die einer kontinuierlichen Versorgung mit einem bestimmten Arzneimittel bedarf, abzurechnen ist. Die Versorgungspauschale ist je Versicherten einmal innerhalb von vier aufeinanderfolgenden Kalendervierteljahren durch eine Arztpraxis abrechnungsfähig, unabhängig von der Anzahl und Art weiterer Kontakte des Versicherten in der Arztpraxis. Der Bewertungsausschuss kann die Höhe der Versorgungspauschale zur Abbildung des Behandlungsbedarfs in Stufen beschließen. Der Bewertungsausschuss legt dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des 3. auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] ein Konzept zur Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen nach den Sätzen 5 bis 7 sowie zur Auszahlung der Versorgungspauschale zur Genehmigung vor. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie nicht innerhalb von zwei Monaten nach Vorlage des Konzepts ganz oder teilweise versagt. Es kann vor Erteilung der Genehmigung Prüfbitten oder schriftliche Nachfragen an den Bewertungsausschuss übersenden, dessen Ergebnisse oder Beantwortung dem Bundesministerium für Gesundheit erneut vorzulegen sind. In diesem Fall ist die Frist bis zur erneuten Vorlage beim Bundesministerium für Gesundheit gehemmt. Der Bewertungsausschuss analysiert im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit die Auswirkungen der Versorgungspauschale im Hinblick auf die Honorare, die Ausgaben der Krankenkassen, die Fallzahlentwicklung sowie die Versorgung der Versicherten und berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2028 über die Ergebnisse. Die Vergütung der regelmäßigen zeitgebundenen ärztlichen Beratung nach § 2 Absatz 1a des Transplantationsgesetzes über die Organ- und Gewebespender sowie über die Möglichkeit, eine Erklärung zur Organ- und Gewebespender im Register nach § 2a des Transplantationsgesetzes abzugeben, zu ändern und widerrufen zu können, kann je Patient höchstens alle zwei Jahre berechnet werden.“

b) Absatz 2d wird wie folgt geändert:

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

bb) In Satz 2 werden die Wörter „Versichertenpauschalen nach Absatz 2b Satz 1 sowie“ durch die Wörter „Versicherten- und Versorgungspauschalen nach Absatz 2b Satz 1 und Satz 5, die Pauschale nach Absatz 2n Satz 1 sowie“ ersetzt.

c) Nach Absatz 2m wird folgender Absatz 2n eingefügt:

„(2n) Der Bewertungsausschuss beschließt bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des 3. auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] eine Vergütung zur Vorhaltung der zur Erfüllung von Aufgaben der hausärztlichen Grundversorgung notwendigen Strukturen (Vorhaltepauschale) und legt zugleich Kriterien fest, die die Vertragsärzte für die Abrechenbarkeit dieser Vorhaltepauschale erfüllen müssen. Der Bewertungsausschuss kann die Höhe der Vorhaltepauschale in Abhängigkeit der Anzahl der vorliegenden Kriterien in Stufen beschließen. Die Kriterien sollen insbesondere eine bedarfsgerechte Versorgung mit Haus- und Pflegeheimbesuchen, bedarfsgerechte Praxisöffnungszeiten, die vorrangige Versorgung der Versicherten mit Leistungen aus dem hausärztlichen Fachgebiet, eine festzulegende Mindestanzahl an zu versorgenden Versicherten sowie die regelmäßige Nutzung von Anwendungen nach § 334 umfassen. Für Versicherte, bei denen die Voraussetzungen nach Absatz 2b Satz 5 vorliegen, ist die Vorhaltepauschale als eine einmal jährlich abzurechnende Pauschale zu beschließen. Freiwerdende Finanzmittel aufgrund der in Satz 1 genannten Regelung werden für vom Bewertungsausschuss zu beschließende Zuschläge auf besonders förderungswürdige Leistungen im hausärztlichen Versorgungsbereich verwendet. Diese Zuschläge sind nur durch Vertragsärzte berechnungsfähig, die die Kriterien nach Satz 1 erfüllen; Satz 2 findet entsprechende Anwendung. Der Bewertungsausschuss analysiert die Auswirkungen der Regelungen dieses Absatzes im Hinblick auf die Honorare, die Ausgaben der Krankenkassen sowie die Versorgung der Versicherten und berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2028 über die Ergebnisse.“

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

9. § 87a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

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

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

b) Absatz 3b wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Leistungen“ die Wörter „des Versorgungsbereichs der Kinder- und Jugendmedizin“ eingefügt.

bb) In Satz 2, 3, 7, 9 und 10 werden jeweils die Wörter „§ 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz“ durch die Wörter „Satz 1“ ersetzt.

cc) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragsparteien verhandeln über Zuschläge zur Förderung der Kinder- und Jugendmedizin, soweit bezogen auf den gesamten Zeitraum von vier aufeinanderfolgenden Kalendervierteljahren

der Leistungsbedarf die festgesetzte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung hinsichtlich der in Satz 1 genannten Leistungen nicht ausschöpft.“

dd) In Satz 4 werden vor dem Wort „Leistungen“ die Wörter „in Satz 1 genannten“ eingefügt und die Wörter „nach § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz“ gestrichen.

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

„(3c) Die in § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz genannten und, nach sachlicher und rechnerischer Prüfung anerkannten, abgerechneten Leistungen der hausärztlichen Versorgung (hausärztlicher Leistungsbedarf) sind ab dem ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des 3. auf die Verkündung folgenden Kalendervierteljahres] von den Krankenkassen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 vollständig zu vergüten. Abweichend von § 85 Absatz 1 und abweichend von Absatz 3 Satz 1 wird die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung hinsichtlich der in § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz genannten Leistungen der hausärztlichen Versorgung nicht mit befreiender Wirkung gezahlt. Die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragsparteien verhandeln über Zuschläge zur Förderung der hausärztlichen Versorgung, soweit bezogen auf den gesamten Zeitraum von vier aufeinanderfolgenden Kalender-vierteljahren der hausärztliche Leistungsbedarf die festgesetzte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung hinsichtlich der in § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz genannten Leistungen der hausärztlichen Versorgung nicht ausschöpft. Für die erstmalige Festsetzung der auf die in § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz genannten Leistungen der hausärztlichen Versorgung im Zeitraum vom ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des 3. auf die Verkündung folgenden Kalendervierteljahres] bis ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des 6. auf die Verkündung folgenden Kalendervierteljahres] entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung ist der prozentuale Anteil des Honorarvolumens, das für den hausärztlichen Leistungsbedarf im jeweiligen Vorjahresquartal gemäß dem Verteilungsmaßstab ausgezahlt worden ist, am Honorarvolumen aller Arztgruppen des jeweiligen Vorjahresquartals für den Leistungsbedarf aller Arztgruppen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu bestimmen und mit dem nach Absatz 3 Satz 2 für das jeweilige Quartal vereinbarten und bereinigten Behandlungsbedarf zu multiplizieren. Soweit die insgesamt vereinbarte Veränderung des Behandlungsbedarfs nach Absatz 4 Satz 1 Nummern 1 bis 5 für das jeweilige Quartal gegenüber dem Vorjahresquartal von dem Behandlungsbedarf für die in § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz genannten Leistungen der hausärztlichen Versorgung abweicht, ist der nach Satz 4 zu bestimmende Anteil des Honorarvolumens entsprechend anzupassen. Satz 5 gilt für die gesetzlich vorgesehenen Bereinigungen des Behandlungsbedarfs entsprechend. Sofern das Honorarvolumen für die in § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz genannten Leistungen der hausärztlichen Versorgung im jeweiligen Vorjahresquartal der erstmaligen Festsetzung Zuschläge enthält, haben die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 diese Zuschläge in der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vereinbaren. Für die Zuschläge nach den Sätzen 3 und 7 sowie nach Absatz 2 Satz 2 und 3 gilt Satz 2 nicht. Der Bewertungsausschuss beschließt bis zum... [einsetzen: Datum des letzten Tages des 3. auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] Vorgaben für ein Verfahren zur Festsetzung der auf die in § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz genannten Leistungen der hausärztlichen Versorgung entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die erstmalig zum... [einsetzen: Datum des ersten Tages des 3. auf die Verkündung folgenden Kalendervierteljahres] für das laufende Kalenderjahr und danach jährlich für das folgende Kalenderjahr zu erfolgen hat. Die Vorgaben nach Satz 9 zur jährlichen Fortschreibung der auf die in § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz genannten Leistungen der hausärztlichen Versorgung entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung haben

insbesondere die vereinbarten Anpassungen des Punktwertes und des Behandlungsbedarfs, der auf die in § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz genannten Leistungen der hausärztlichen Versorgung entfällt, sowie darauf entfallende Bereinigungen zu berücksichtigen. Wenn und soweit in dem Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung der Quotient aus der festgesetzten, auf die § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz genannten Leistungen der hausärztlichen Versorgung entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung einschließlich der Zuschläge nach den Sätzen 3 und 7 und dem hausärztlichen Leistungsbedarf ausschließlich der Zuschläge nach den Sätzen 3 und 7 den Wert von eins nicht überschreitet, leisten die Krankenkassen entsprechend ihres leistungsmengenbezogenen Anteils und des Verfahrens nach Absatz 3b Satz 8 bis 10 Ausgleichszahlungen, um die vollständige Vergütung des hausärztlichen Leistungsbedarfs zu gewährleisten. Der Bewertungsausschuss analysiert die Auswirkungen der Regelungen dieses Absatzes sowie der Regelungen in § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz insbesondere auf die hausärztliche Versorgung der Versicherten, die Honorare sowie die Ausgaben der Krankenkassen und berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des 10. auf die Verkündung folgenden Kalendervierteljahres] über die Ergebnisse.“

10. In § 87b Absatz 1 Satz 3 wird vor dem Punkt am Ende ein Komma und werden die Wörter „sowie unter Beachtung der nach § 87a Absatz 3c Satz 9 beschlossenen Vorgaben für die Vergütung der Leistungen des Versorgungsbereichs der allgemeinen hausärztlichen Versorgung“ eingefügt.
11. § 91 wird wie folgt geändert:
  - a) In Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 erster Halbsatz wird das Wort „sowie“ durch ein Komma ersetzt und werden nach den Wörtern „Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses“ die Wörter „sowie zu den Voraussetzungen für die Durchführung von Sitzungen als hybride oder digitale Sitzungen“ eingefügt.
  - b) Absatz 11 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Satz 1 werden die Wörter „nach § 137c Absatz 1 Satz 5 und 6 sowie § 137h Absatz 4 Satz 9 auch die zur Straffung des Verfahrens unternommenen Maßnahmen und die besonderen Schwierigkeiten einer Bewertung, die zu einer Fristüberschreitung geführt haben können, im Einzelnen dargelegt werden müssen“ durch die Wörter „auch die zur Straffung des Verfahrens unternommenen Maßnahmen und die Gründe, die zu einer Fristüberschreitung geführt haben können, im Einzelnen dargelegt werden können“ ersetzt.
    - bb) In Satz 2 wird das Wort „drei“ durch das Wort „zwei“ ersetzt.
12. § 92 wird wie folgt geändert:
  - a) Absatz 1b wird durch die folgenden Absätze 1b und 1c ersetzt:

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



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

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

„Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft berät den Gemeinsamen Bundesausschuss unabhängig auf Anfrage im Zusammenhang mit seinen Entscheidungen nach Satz 1 arzneimitteltherapeutisch und pharmakologisch zu den das Arzneimittelwesen betreffenden Fragen; das Recht zur Stellungnahme sowie § 35a Absatz 3b Satz 8 und Absatz 7 Satz 4 bleiben unberührt. Der Gemeinsame Bundesausschuss gewährt für die unabhängige Wahrnehmung der Aufgaben nach Satz 4 erster Halbsatz einen angemessenen Aufwendersatz. Das Nähere hierzu vereinbart der Gemeinsame Bundesausschuss mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft.“

- c) Dem Absatz 4 werden die folgenden Sätze angefügt:

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

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

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

- f) Den Absätzen 6a, 6b und 6c wird jeweils folgender Satz angefügt:

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

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

- h) In Absatz 7c erster Halbsatz werden nach dem Wort „Soziotherapieversorgung“ die Wörter „und den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften“ eingefügt.

- i) In Absatz 7g erster Halbsatz wird das Wort „sowie“ durch ein Komma ersetzt und werden nach dem Wort „Bundesebene“ die Wörter „und den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften“ eingefügt.

- j) Nach Absatz 7g wird folgender Absatz 7h eingefügt:

„(7h) Bei den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 und Nummer 14, den Richtlinien nach § 63 Absatz 3c Satz 3 und den Beschlüssen nach den

§§ 136b und 136c sowie bei Beschlüssen zu Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 6, sofern sie die Berufsausübung der Pflegeberufe berühren, erhalten die Berufsorganisationen der Pflegeberufe ein Antrags- und Mitberatungsrecht. Es wird von bis zu zwei Vertretern der Berufsorganisationen der Pflegeberufe ausgeübt. Absatz 7e Satz 3 bis 7 gilt entsprechend. Die Vertretung der Berufsorganisationen der Pflegeberufe erhält Reisekosten nach dem Bundesreisekostengesetz, Ersatz des Verdienstausfalls in entsprechender Anwendung des § 41 Absatz 2 des Vierten Buches sowie einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe eines Fünftel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches für jeden Kalendertag einer Sitzung. Der Anspruch richtet sich gegen den Gemeinsamen Bundesausschuss.“

13. Nach § 95 Absatz 2 Satz 6 werden die folgenden Sätze eingefügt:

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

14. Dem § 96 Absatz 2a werden die folgenden Sätze angefügt:

„Die in Satz 1 genannten Entscheidungen des Zulassungsausschusses für Ärzte sind im Einvernehmen mit der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörde zu treffen. Das Einvernehmen gilt als erteilt, wenn die für die Sozialversicherung zuständige oberste Landesbehörde bei der Beschlussfassung keine entgegenstehende Erklärung abgibt.“

15. § 101 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 4 Satz 5 werden die Wörter „und mindestens ein Versorgungsanteil in Höhe von 20 Prozent der regional maßgeblichen Verhältniszahl den Leistungserbringern nach Satz 1, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch betreuen,“ gestrichen.

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

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

16. § 105 wird wie folgt geändert:

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

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

- b) In Absatz 5 Satz 4 werden die Wörter „Satz 7 bis 10“ durch die Wörter „Satz 9 bis 12“ ersetzt.
17. In § 106b Absatz 2 Satz 2 werden nach dem Wort „durchgeführt“ die Wörter „und dass bis zu einem Betrag von 300 Euro je Betriebsstättennummer, Krankenkasse und Quartal diese nicht beantragt“ eingefügt.
18. Nach § 116b Absatz 5 werden die folgenden Absätze 5a und 5b eingefügt:
- „(5a) Vor den Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach den Absätzen 4 und 5 ist den jeweils einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in die jeweilige Entscheidung einzubeziehen.
- (5b) Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Erarbeitung der Anforderungen nach Absatz 4 für eine Erkrankung innerhalb von einem Jahr abzuschließen. Er soll je Kalenderjahr mindestens für drei Erkrankungen Anforderungen nach Absatz 4 festlegen.“
19. § 136 Absatz 3 wird wie folgt geändert:
- a) Im ersten Halbsatz wird das Komma durch das Wort „und“ ersetzt und werden die Wörter „sowie die Berufsorganisationen der Pflegeberufe“ gestrichen.
- b) Folgender Satz wird angefügt:
- „Die in § 134a Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer sind zu beteiligen, soweit die Berufsausübung der Hebammen berührt ist.“
20. In § 136b Absatz 1 Satz 3 erster Halbsatz wird das Komma durch das Wort „und“ ersetzt und werden die Wörter „sowie die Berufsorganisationen der Pflegeberufe“ gestrichen.
21. Dem § 137f Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:
- „Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Erarbeitung von Richtlinien nach Absatz 2 innerhalb von zwei Jahren abzuschließen.“
22. § 140f Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- a) In Satz 5 wird die Angabe „§ 56 Abs. 1,“ durch die Wörter „§ 56 Absatz 1, § 63 Absatz 3c Satz 3,“ ersetzt und wird die Angabe „§§ 136 bis 136b, 136d,“ durch die Angabe „§§ 136 bis 136d,“ ersetzt.
- b) Nach Satz 7 werden die folgenden Sätze eingefügt:
- „Ein Beschluss des Beschlussgremiums des Gemeinsamen Bundesausschusses wird gehemmt, wenn die benannten Personen einheitlich ein ablehnendes Votum abgeben. Er gilt erst dann als getroffen, wenn er durch erneuten Beschluss in einer darauffolgenden Sitzung bestätigt wird.“
23. § 197a wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „, wenn angezeigt ihre Landesverbände,“ durch die Wörter „ihre Landesverbände“ ersetzt.

bb) Nach Satz 2 wird folgender Satz 3 angefügt:

„Krankenkassen und ihre Landesverbände haben eine Vereinbarung über die Aufgabenverteilung bei der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen zu treffen.“

b) Absatz 3b wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aaa) In Nummer 4 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt.

bbb) In Nummer 5 wird der Punkt am Satzende durch das Wort „und“ ersetzt.

ccc) Nach Nummer 5 wird folgende Nummer 6 angefügt:

„6. die Gesundheitsämter, Heimaufsichten und nach Landesrecht zuständigen Gesundheitsbehörden.“

bb) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Die Stellen nach Absatz 3b dürfen personenbezogene Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben erhoben oder an sie übermittelt wurden, an die Einrichtungen nach Absatz 1 übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen durch die Einrichtungen nach Absatz 1 erforderlich ist.“

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

„(3c) Einrichtungen nach Absatz 1 dürfen Datenbestände mit denen anderer Kassen und der weiteren anderen in Absatz 1 genannten Organisationen zum Zweck der Entwicklung von datenbasierten Verfahren zur Erkennung von Fehlverhalten zusammenführen. Der Versichertenbezug ist zuvor zu entfernen. Einrichtungen nach Absatz 1 dürfen nur ihre eigenen Datenbestände mit den Verfahren nach Satz 1 zur Erkennung von Verdachtsfällen auswerten.“

d) Nach Absatz 6 wird folgender Absatz 7 eingefügt:

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

1. eine Empfehlung zur Zuweisung der Trägerschaft der Datenbank an eine bestimmte Stelle,
2. Empfehlungen, welche Informationen zu welchem Zweck in der Datenbank erfasst werden sollen einschließlich der Anforderungen an die Qualität der einzutragenden Hinweise,

3. Vorschläge, wie die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen einen aktiven Zugriff auf die Datenbank erhalten können, um neben einem lesenden Zugriff auch Daten einpflegen zu können sowie
4. eine Darstellung etwaiger datenschutzrechtlicher Hindernisse bei dem Aufbau und dem Betrieb einer solchen Datenbank sowie möglicher Lösungsoptionen.“

24. § 217f wird wie folgt geändert:

- a) Der Überschrift wird ein Komma und das Wort „Verordnungsermächtigung“ angefügt.
- b) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erlässt Richtlinien über die Organisation des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitswettbewerbs der Krankenkassen, insbesondere dazu, welche Leistungs- und Qualitätsdaten der einzelnen Krankenkassen zu den hierfür heranzuziehenden Leistungs- und Qualitätsdaten der einzelnen Krankenkassen hierfür heranzuziehen sind. Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Rahmen des Genehmigungsverfahrens vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen ergänzende Stellungnahmen anfordern. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt in einer Richtlinie nach Satz 1 bis zum ... [einsetzen: Datum sechs Monate nach Inkrafttreten nach Artikel 6] Vorgaben für eine einheitliche Erhebung und Veröffentlichung von Kennzahlen zur Leistungstransparenz und zur Servicequalität der einzelnen Krankenkassen fest, die mindestens Auskunft geben über

1. die Anzahl von Leistungsanträgen, differenziert nach Leistungsbereichen und danach, wie viele Anträge im Verhältnis zur Anzahl der insgesamt gestellten Anträge einerseits genehmigt oder bewilligt wurden oder andererseits abgelehnt wurden,
2. die durchschnittliche Bearbeitungsdauer für Anträge, mindestens differenziert nach den für die Differenzierung nach Nummer 1 verwendeten Leistungsbereichen,
3. die Anzahl der Widersprüche gegen Leistungsentscheidungen im Verhältnis zur Anzahl der insgesamt gestellten Anträge und die Anzahl der erfolgreichen Widersprüche im Verhältnis zur Anzahl der insgesamt erhobenen Widersprüche, jeweils differenziert nach Leistungsbereichen,
4. die durchschnittliche Bearbeitungsdauer für Widersprüche, differenziert nach den für die Differenzierung nach Nummer 3 verwendeten Leistungsbereichen,
5. die Anzahl der Klagen gegen Leistungsentscheidungen im Verhältnis zur Anzahl der insgesamt erhobenen Widersprüche und die Anzahl der Klagen, denen teilweise oder vollumfänglich stattgegeben wurde, im Verhältnis zur Anzahl der insgesamt erhobenen Klagen, jeweils differenziert nach Leistungsbereichen,
6. die Qualität von Beratungs- und Unterstützungsangeboten der Krankenkassen, insbesondere die Qualität
  - a) des Prozesses bei Leistungsanträgen,
  - b) des Beschwerdemanagements und

- c) der Förderung der Patientensicherheit.
7. den Stand der Digitalisierung der Krankenkassen, insbesondere
- a) über die Ausstattung der Versicherten mit der elektronischen Gesundheitskarte mit einer kontaktlosen Schnittstelle und deren persönlicher Identifikationsnummer,
  - b) über die Bereitstellung und Nutzung der elektronischen Patientenakte nach § 341 sowie
  - c) über die Bereitstellung der sicheren digitalen Identitäten nach § 291 Absatz 8 und ihre Nutzung durch die Versicherten.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt in der Richtlinie nach Satz 4 Vorgaben für die Bereitstellung und Übermittlung der für die Umsetzung der Vorgaben nach Satz 4 erforderlichen, nicht personenbezogenen Kennzahlen in maschinenlesbarer Form fest. Kommt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen seinen Verpflichtungen nach den Sätzen 4 und 5 nicht oder nicht vollständig nach, kann das Bundesministerium für Gesundheit die in den Sätzen 4 und 5 genannten Vorgaben durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates erlassen. Gemäß diesen Vorgaben übermitteln die Krankenkassen Daten jährlich zu einem in der Richtlinie nach Satz 4 oder der Rechtsverordnung nach Satz 6 festgelegten Zeitpunkt an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Auf der Grundlage der nach Satz 7 übermittelten Daten ermittelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen für die Kennzahlen, die über die in Satz 4 Nummer 1 bis 5 genannten Sachverhalte Auskunft geben, jeweils einen statistischen Mittelwert über sämtliche Krankenkassen sowie die jeweilige Spanne zwischen dem höchsten und dem niedrigsten Wert. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen veröffentlicht die von den Krankenkassen nach Satz 7 übermittelten und die von ihm nach Satz 8 ermittelten Informationen zu den Kennzahlen jährlich, erstmals für das Kalenderjahr 2025. Diese Informationen werden auf einer digitalen und interaktiven Plattform veröffentlicht, die transparente, nutzerfreundliche und barrierefreie Informations- und Vergleichsmöglichkeiten für die Versicherten hinsichtlich der in der Richtlinie nach Satz 4 genannten Sachverhalte bietet. Veröffentlichten die Krankenkassen Kennzahlen, die über die in Satz 4 genannten Sachverhalte Auskunft geben, sind sie verpflichtet, hierbei auf die in Satz 9 genannte Plattform hinzuweisen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen überprüft jährlich die Auswahl der Kennzahlen nach Satz 4 im Austausch mit seinen Mitgliedern und entwickelt die Vorgaben der Richtlinie fort. Er lässt die Richtlinie nach Satz 4 sowie ihre Umsetzung extern und fachlich unabhängig evaluieren und legt dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens drei Jahre nach der in Satz 9 genannten Veröffentlichung für das Kalenderjahr 2025 einen Evaluationsbericht vor.“

25. Dem § 226 wird folgender Absatz 6 angefügt:

„(6) Sind in § 5 Absatz 1 Nummer 11b genannte Personen durch Ableistung eines Freiwilligendienstes nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz, dem Jugendfreiwilligendienstgesetz oder eines vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienstes versicherungspflichtig nach § 5 Absatz 1 Nummer 1, gilt § 237 Satz 2 und 3 entsprechend, mit der Maßgabe, dass für diese die Altersgrenze nach § 10 Absatz 2 Nummer 3 gilt.“

26. Dem § 274 Absatz 4 wird folgender Satz 2 angefügt:

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

## Artikel 2

### Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 22. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 408) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 25 Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „§ 10 Absatz 1 Satz 2 und 3 des Fünften Buches“ durch die Wörter „§ 10 Absatz 1 Sätze 2 bis 4 des Fünften Buches“ ersetzt.
2. In § 37 Absatz 3 Satz 4 wird die Angabe „30. Juni 2024“ durch die Angabe „31. März 2027“ ersetzt.
3. § 47a Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt geändert:
  - a) In Nummer 5 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt.
  - b) In Nummer 6 wird der Punkt am Satzende durch das Wort „und“ ersetzt.
  - c) Nach Nummer 6 wird folgende Nummer 7 angefügt:

„7. die Gesundheitsämter, Heimaufsichten und nach Landesrecht zuständigen Gesundheitsbehörden.“
4. Nach § 53 wird folgender Satz angefügt:

„§ 217f Absatz 4 des Fünften Buches gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen in der nach Satz 2 in Verbindung mit § 217f Absatz 4 Satz 1 und 4 des Fünften Buches zu erlassenden Richtlinie auch verbindliche Vorgaben festlegt für die einheitliche Erhebung und Veröffentlichung von Kennzahlen zur Durchführung und Inanspruchnahme

  1. der Pflegeberatung nach § 7a, mindestens differenziert nach persönlicher Beratung
    - a) bei den Anspruchsberechtigten in ihrer häuslichen Umgebung oder in der Einrichtung, in der sie wohnen,
    - b) in Pflegestützpunkten, Pflegeberatungsstellen oder sonst vor Ort,
    - c) als Videokonferenz sowie
    - d) als telefonische Beratung,
  2. der Pflegekurse nach § 45, insgesamt betrachtet sowie mindestens differenziert nach
    - a) Gruppenkursen vor Ort,
    - b) Schulungen in der häuslichen Umgebung der pflegebedürftigen Person und
    - c) digitalen Pflegekursen.“
5. In § 57 Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Absatz 3 bis 5“ durch die Wörter „Absatz 3 bis 6“ ersetzt.

## Artikel 3

### Änderung der Bundeshaushaltsordnung

§ 112 der Bundeshaushaltsordnung vom 19. August 1969 (BGBl. I S. 1284), die zuletzt durch Artikel 12 des Gesetzes vom 22. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I S. 412) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

In Absatz 1 Satz 3 wird der Punkt am Ende durch die Wörter „, vorbehaltlich besonderer Regelungen im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung“ ersetzt.

## Artikel 4

### Änderung des Arzneimittelgesetzes

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

## Artikel 5

### Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

§ 26 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 22. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 406) geändert worden ist, wird aufgehoben.

## Artikel 6

### Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.



## **Begründung**

### **A. Allgemeiner Teil**

#### **I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen**

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

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

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

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

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

Mit Blick auf § 64a des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (in der Fassung vom 22. Dezember 2023; BGBl. 2023 I Nr. 408), der es den Organen und Entscheidungsgremien der Sozialversicherungsträger (unter anderem Krankenkassen) nun dauerhaft möglich macht, hybride und digitale Sitzungen durchzuführen, soll auch für die Kassenärztlichen Vereinigungen und ihre Bundesvereinigungen sowie den G-BA und den Bewertungsausschuss die Klarstellung erfolgen, dass sie die Durchführung hybrider und digitaler Sitzungen ihrer Organe beziehungsweise Entscheidungsgremien in ihren Satzungen beziehungsweise Geschäftsordnungen regeln können. Dies stärkt die Funktionsfähigkeit der betreffenden Selbstverwaltungsgremien und ermöglicht eine effizientere Durchführung ihrer Sitzungen.

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

Der Gesetzentwurf zielt außerdem darauf ab, den flächendeckenden Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu verbessern. Ihren besonderen Versorgungsbedürfnissen soll in der Bedarfsplanung Rechnung getragen werden.

Zudem sollen die bestehenden Beteiligungsmöglichkeiten der zuständigen Landesbehörden hinsichtlich der Entscheidungen der Zulassungsausschüsse erweitert werden. Den

Ländern soll ermöglicht werden, ihre versorgungsrelevanten Erkenntnisse in den Zulassungsausschüssen verbindlich zu Geltung zu bringen und damit die vertragsärztliche Versorgung maßgeblich mitzugestalten.

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

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

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

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

Infolge des Flexirentengesetzes vom 8. Dezember 2016 kommt es vermehrt zu Fällen in denen privat krankenversicherte Rentnerinnen und Rentner durch die gezielte Wahl einer Teilrente für nur kurze Zeit Zugang zur GKV erhalten. Durch das Absenken des Rentenzahlbetrages wird die Einkommensgrenze der Familienversicherung nach § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 erreicht und damit eine beitragsfreie Familienversicherung ermöglicht. Wird in der Folgezeit wieder eine Vollrente gewählt, kann die Rentnerin oder der Rentner sich freiwillig in der GKV weiterversichern. Dieser Missbrauchsmöglichkeit zulasten der Solidargemeinschaft in der GKV soll durch eine Anpassung der Regelungen für die beitragsfreie Familienversicherung vorgebeugt werden. Gleiches gilt für die soziale Pflegeversicherung.

Waisenrentner sind in der GKV seit 2017 zwar versicherungspflichtig, die Waisenrente ist jedoch grundsätzlich beitragsfrei. Das gilt jedoch nicht für Waisenrentner, die einen

Bundesfreiwilligendienst oder Jugendfreiwilligendienst (als freiwilliges soziales Jahr oder freiwilliges ökologisches Jahr) absolvieren. Das hierfür gewährte Taschengeld als Aufwandsentschädigung bewirkt, dass der Freiwilligendienst wie eine entgeltliche Tätigkeit bewertet wird und löst, obwohl von der Entschädigung keine Beiträge zu zahlen sind, eine Beitragspflicht für die Waisenrente aus. Da diese Beitragspflicht eine Erschwernis für junge Menschen darstellen kann, die bereit sind, sich ehrenamtlich und freiwillig für die Gesellschaft zu engagieren, soll eine Beitragsfreiheit für Waisenrenten auch bei Freiwilligendiensten normiert werden. Gleiches gilt für die soziale Pflegeversicherung.

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

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

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

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

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

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

Auf Wunsch der pflegebedürftigen Person kann nach § 37 Absatz 3 Satz 4 SGB XI im Zeitraum vom 1. Juli 2022 bis einschließlich 30. Juni 2024 jede zweite Beratung per Videokonferenz durchgeführt werden. Der nach § 7a Absatz 9 Satz 1 SGB XI vom GKV-Spitzenverband dem BMG im Juni 2023 vorgelegte Bericht zur Pflegeberatung nach § 7a SGB XI sowie zur Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 SGB XI beinhaltet kaum Aussagen zur Durchführung der Beratung per Videokonferenz. Deshalb ist eine Entscheidung über eine Entfristung der Regelung derzeit nicht möglich und die Regelung wird bis zum 31. März 2027 verlängert. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat dem BMG zum 30. Juni 2026 den nächsten Bericht gemäß § 7a Absatz 9 SGB XI vorzulegen. Es ist

davon auszugehen, dass dieser nähere Ausführungen zur Beratung per Videokonferenz enthalten wird.

## **II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs**

Im Einzelnen sieht der Gesetzentwurf folgende Regelungen vor:

### **II.1 Bonusprogramme**

Mit der Erweiterung der Bonusprogramme um die hausarztzentrierte Versorgung soll die Teilnahme an dieser besonderen Versorgungsform gestärkt werden.

### **II.2 Gemeinsamer Bundesausschuss**

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

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

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

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

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

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

### II.3 Digitale Sitzungen und Beschlussfassungen von Selbstverwaltungsgremien

Für die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, den G-BA sowie den Bewertungsausschusses wird jeweils klargestellt, dass sie die Durchführung von hybriden und digitalen Sitzungen in ihren Satzungen beziehungsweise Geschäftsordnungen regeln können. Hierzu erfolgen entsprechende Ergänzungen in den Regelungen der §§ 81, 87 und 91 SGB V. Danach besitzen die Selbstverwaltungsorganisationen einen weiten Gestaltungsspielraum für die Nutzung neuer Sitzungsformate und können hierzu in ihren Satzungen beziehungsweise Geschäftsordnungen auch gegebenenfalls notwendige Festlegungen zur Einhaltung des Datenschutzes, zur IT-Sicherheit oder zu den Auswirkungen von technischen Störungen auf die Sitzungsdurchführung treffen.

### II.4 Medizinische Versorgungszentren

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

### II.5 Separate Bedarfsplanung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Zur Verbesserung des Zugangs zur psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen bilden psychotherapeutisch tätige Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, zukünftig eine eigene bedarfsplanungsrechtliche Arztgruppe.

### II.6 Hilfsmittelversorgung

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass zur Beschleunigung von Bewilligungsverfahren von Hilfsmittelversorgungen im Hilfsmittelbereich bei Anträgen von Kindern oder Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen das Prüfprogramm der Krankenkassen für solche Hilfsmittelversorgungen eingeschränkt wird, die von Versicherten beantragt werden, die regelmäßig in einem sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) oder einem medizinischen Behandlungszentrum für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB) in Behandlung sind, sofern der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin des SPZ oder MZEB die beantragte Versorgung empfiehlt. Die Krankenkassen haben in diesen Fällen von der medizinischen Erforderlichkeit der beantragten Versorgung auszugehen. Insbesondere die zum Teil sehr zeitaufwändige Hinzuziehung des Medizinischen Dienstes bei der Beurteilung der Notwendigkeit der beantragten Hilfsmittelversorgung kann unterbleiben.

### II.7 Leistungs- und Servicequalitätstransparenz von Kranken- und Pflegekassen

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

- hinsichtlich der Anzahl von Genehmigungen, Ablehnungen, Widersprüchen und Klagen im Leistungsgeschehen, differenziert nach versichertenrelevanten Leistungsbereichen,
- hinsichtlich der versichertenrelevanten Bearbeitungsdauer der Kranken- und Pflegekassen im Leistungsgeschehen,

- hinsichtlich der Qualität von Beratungs- und Unterstützungsangeboten der Kranken- und Pflegekassen im Hinblick auf den Antragsprozess, das Beschwerdemanagement und die Förderung der Patientensicherheit sowie
- zusätzlich bei den Pflegekassen hinsichtlich der Durchführung und Inanspruchnahme der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und der Pflegekurse nach § 45 SGB XI.

## II.8 Stärkung der Länder im Zulassungsausschuss

Das bisherige Mitberatungsrecht der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden in Verfahren der Zulassungsausschüsse mit besonderer Versorgungsrelevanz wird um ein Mitentscheidungsrecht ergänzt.

## II.9 Begrenzung Wechsel in die Familienversicherung für über 55-Jährige

Durch die Untersagung eines Wechsels aus der privaten Krankenversicherung in die Familienversicherung für solche Personen, die nur aufgrund des Absenkens ihrer Altersrente auf eine Teilrente die Voraussetzungen für die Familienversicherung erfüllen, wird die bislang bestehende Gesetzeslücke geschlossen.

## II.10 Beitragsfreiheit für Waisenrenten bei Freiwilligendiensten

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

## II.11 Reform der hausärztlichen Vergütung

Um die ambulante ärztliche Versorgung in der GKV auch künftig flächendeckend sicherzustellen, ist es essentiell, die hausärztliche Versorgung zu stärken. Hierfür werden mehrere Maßnahmen zur Anpassung der Vergütung der Hausärztinnen und Hausärzte ergriffen. Die Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung werden von mengenbegrenzenden oder honorarmindernden Maßnahmen ausgenommen (Entbudgetierung). Zudem werden eine jährliche Versorgungspauschale zur Behandlung chronisch kranker Patientinnen und Patienten eingeführt sowie eine Vorhaltepauschale für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrages, sofern die Hausärztin oder der Hausarzt bestimmte Kriterien erfüllt.

## II.12 Wirtschaftlichkeitsprüfungen

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

## II.13 Streichung des Zusatzentgeltes für Corona-Testungen in Kliniken

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

## II.14 Regelungen zur Fortentwicklung der Fehlverhaltensbekämpfung

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

#### II.15 Erweiterte Prüfrechte des Bundesrechnungshofs

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

#### II.16 Beratung per Videokonferenz nach § 37 Absatz 3 Satz 4 SGB XI

Die nach § 37 Absatz 3 Satz 4 SGB XI bestehende Möglichkeit, auf Wunsch der pflegebedürftigen Person jede zweite Beratung per Videokonferenz durchführen zu lassen, wird bis zum 31. März 2027 verlängert.

#### II.17 Zuständigkeit für die Arzneimittelpreisverordnung

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

### III. Alternativen

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

Alternativ zur Neufassung des § 217f Absatz 4 SGB V in Verbindung mit § 53 SGB XI und der damit verbundenen gesetzlichen Verpflichtung zur Veröffentlichung versichertenrelevanter einheitlicher Kennzahlen und Informationen in der GKV und der sozialen Pflegeversicherung auf einer gemeinsamen digitalen Plattform könnten Kranken- und Pflegekassen weiterhin ausschließlich freiwillig eigene Transparenzberichte veröffentlichen. Diese Alternative birgt zum einen die Gefahr, dass sich die Transparenzberichte mit Blick auf die erforderlichen Mindestkriterien weiterhin sowohl vom Inhalt als auch von der Darstellung her wesentlich unterscheiden. Zum anderen wäre eine Veröffentlichung durch alle Krankenkassen ohne eine gesetzliche Grundlage nicht gewährleistet. Zudem wäre es für Versicherte mit einem hohen Maß an Aufwand verbunden, krankens- beziehungsweise pflegekassenindividuelle Berichte mehrerer Krankens- beziehungsweise Pflegekassen abzurufen und miteinander zu vergleichen. Sowohl die gesetzlich vorgegebenen Mindestkriterien als auch die einheitliche Veröffentlichung auf einer gemeinsamen digitalen Plattform stellen die erforderliche Aussagekraft und Vergleichbarkeit sowie einen versichertenfreundlichen Zugriff auf diese Informationen sicher.

Alternativ zur Einschränkung des Prüfprogramms der Krankenkassen durch die Vermutung der medizinischen Erforderlichkeit von Hilfsmitteln, wenn sie von Versicherten beantragt werden, die in regelmäßiger Behandlung in einem SPZ oder MZEB sind und die beantragte Versorgung vom SPZ oder MZEB empfohlen worden ist, könnte lediglich die Hinzuziehung des Medizinischen Dienstes in den genannten Fällen untersagt werden. Auch hierdurch

würde eine Beschleunigung der Verfahren erreicht. Die Krankenkassen hätten jedoch einen im Vergleich zur vorgeschlagenen Regelung erweiterten Prüfaufwand zu tätigen ohne dass erkennbar wäre, dass dies zu anderen oder besseren Ergebnissen führen würde. Es ist nicht davon auszugehen, dass das von den Krankenkassen für die Prüfung von Hilfsmittelanträgen eingesetzte Personal, die medizinische Erforderlichkeit der beantragten Hilfsmittel besser oder anders beurteilen kann als die die Antragstellenden regelmäßig in den SPZ oder MZEB betreuenden Ärztinnen und Ärzte, die sich zudem in interdisziplinär zusammengesetzten Versorgungsteams austauschen. Mit der vorgeschlagenen Regelung können medizinisch notwendige Versorgung schneller und aufwandsärmer als mit der beschriebenen Alternative umgesetzt werden.

#### **IV. Gesetzgebungskompetenz**

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

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

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

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

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

#### **VI. Gesetzesfolgen**

##### **1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung**

Eine Rechts- und Verwaltungsvereinfachung ist nicht Gegenstand des Gesetzes.

##### **2. Nachhaltigkeitsaspekte**

Der Gesetzentwurf steht im Einklang mit den Zielen und Leitprinzipien der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie. Durch die vorgesehene Verbesserung des Zugangs zur psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen verfolgt der Gesetzentwurf insbesondere das Nachhaltigkeitsziel 3 „Ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern“. Über die vorgesehene Beschleunigung von



Bewilligungsverfahren von Hilfsmittelversorgungen im Hilfsmittelbereich bei Anträgen von Kindern oder Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen dient der Gesetzentwurf außerdem der Verbesserung der Gesundheitschancen aller Einwohnerinnen und Einwohner und insbesondere der Menschen mit einem besonderen Unterstützungsbedarf. Damit entspricht er dem Nachhaltigkeitsziel 10 „Ungleichheit in und zwischen Ländern verringern“. Das gilt auch für die geplante einheitliche und verbindliche Festlegung von zu veröffentlichenden Kennzahlen und Informationen der Kranken- und Pflegekassen mit dem Ziel, die Servicequalität der Kranken- und Pflegekassen zu erhöhen und so den Qualitätswettbewerb zwischen den Kranken- und Pflegekassen zu stärken.

### **3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand**

Bund, Länder und Kommunen

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

Gesetzliche Krankenversicherung

Die Maßnahmen im Bereich der Vergütung der hausärztlichen Versorgung führen zu unterschiedlichen finanziellen Auswirkungen. Die Entbudgetierung der Hausärztinnen und Hausärzte führt zu jährlichen Mehrausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe eines unteren dreistelligen Millionenbetrages. Durch die Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen (EBM) im Hinblick auf die Einführung einer jährlichen Versorgungspauschale zur Behandlung chronisch kranker Patientinnen und Patienten sowie einer Vorhaltepauschale für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrages können der GKV Mehr- oder Minderausgaben entstehen. Diese lassen sich derzeit nicht beziffern, da die Anpassung des EBM durch den Bewertungsausschuss erfolgt. Minderausgaben lassen sich durch die Verbesserung der hausärztlichen Versorgungssteuerung realisieren, durch medizinisch nicht notwendige persönliche Arzt-Patienten-Kontakte und Einbestellungen von Versicherten in die Praxen. Auch können Personaleinsatz vermieden, Effizienzreserven realisiert und Minderausgaben bei verordneten und veranlassten Leistungen in nachgelagerten Sektoren ermöglicht werden.

Durch die Streichung des Wahltarifs für hausarztzentrierte Versorgung entstehen direkte Einsparungen in nicht bezifferbarer Höhe. Gleichzeitig führt ein Bonus für die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung zu Mehrausgaben, welche abhängig sind von der tatsächlichen Inanspruchnahme sowie der Höhe des ausgezahlten Bonus. Aufgrund der positiven Auswirkung auf die medizinische Versorgung und die Gesundheit der Versicherten durch die Teilnahme an einer hausarztzentrierten Versorgung, ist im Falle einer steigenden Inanspruchnahme und abhängig von der Ausgestaltung des Bonus langfristig von Minderausgaben für die GKV auszugehen.

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

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

a) Haushaltsausgaben ohne Vollzugsaufwand

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

#### b) Vollzugaufwand

Die Ausführung des Gesetzes führt zu keinem nennenswerten Vollzugaufwand.

### 4. Erfüllungsaufwand

#### 1. Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Für die Bürgerinnen und Bürger entsteht kein Erfüllungsaufwand.

#### 2. Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 SGB XI werden ganz überwiegend von zugelassenen Pflegediensten durchgeführt und zwar entweder in der eigenen Häuslichkeit der pflegebedürftigen Person oder auf deren Wunsch per Videokonferenz. Dabei ist davon auszugehen, dass die meisten Pflegedienste bereits über eine Hardware-Ausstattung verfügen. Soweit bei den Pflegediensten die notwendige Hardware nicht vorhanden ist, entsteht für die Beschaffung ein einmaliger Sachaufwand je Pflegedienst in Höhe von geschätzt 2.500 Euro (Neuanschaffung von Hardware einschließlich Aufwand für Erstinstallation). Aktuell gibt es rund 15.000 Pflegedienste. Bei Annahme, dass 95 Prozent über die erforderliche Hardware-Ausstattung verfügen, somit 5 Prozent die Anschaffung tätigen müssten, entstände ein einmaliger Sachaufwand in Höhe von 1.875.000 Euro (750 Pflegedienste x 2.500 Euro = 1.875.000 Euro). Im Hinblick auf die notwendige Software (zertifizierter Videodienstleister im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach dem Fünften Buch) ist zu vermuten, dass diese bei etlichen Pflegediensten noch nicht vorhanden ist. Für die Beschaffung der Softwarelizenzen und IT-Support entsteht je Pflegedienst ein jährlicher Sachaufwand in Höhe von geschätzt 600 Euro. Bei Annahme, dass 50 Prozent diese Software-Anschaffung tätigen müssten, entstände ein jährlicher Sachaufwand in Höhe von 4.500.000 Euro (7.500 Pflegedienste x 600 Euro = 4.500.000 Euro).

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

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

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

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

#### 3. Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Bund

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

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

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

Länder und Kommunen

Für die Länder und die Kommunen entsteht kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand.

GKV und soziale Pflegeversicherung

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

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

Dem GKV-Spitzenverband entsteht ein jährlicher Erfüllungsaufwand im Umfang einer halben Stelle im gehobenen Dienst für das regelmäßige Fortschreiben der Richtlinie nach § 217f Absatz 4 Satz 4 SGB V, für die Verarbeitung und Auswertung der von den Kranken- und Pflegekassen übermittelten Daten zur Servicequalität der Kranken- und Pflegekassen und zum Leistungsgeschehen in der GKV und in der sozialen Pflegeversicherung sowie für das Einpflegen der Daten auf der digitalen Plattform. Legt man entsprechend dem Leitfaden zur Ermittlung und Darstellung des Erfüllungsaufwands in Regelungsvorhaben der Bundesregierung ein Gehalt von 43,40 Euro pro Stunde, für eine Vollzeitkraft eine

Wochenarbeitszeit von 40 Stunden und eine Jahresarbeitszeit von 200 Tagen zugrunde, entspricht dies einer jährlichen Aufwendung für eine 0,5 Vollzeitkraft von rund 35.000 Euro.

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

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

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

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

Durch die Verpflichtung zur Beauftragung eines Gutachtens über die Grundkonzeption einer zentralen Betrugsdatenbank für die Fehlverhaltensbekämpfung, entsteht dem GKV-Spitzenverband für das Gutachten ein einmaliger Kostenaufwand in Höhe von geschätzt etwa 300.000 Euro. Der genaue Betrag, der für das Gutachten anfällt, hängt vom Ausgang des Vergabeverfahrens ab. Für die Durchführung des Vergabeverfahrens entsteht beim GKV-Spitzenverband ein einmaliger Erfüllungsaufwand von rund 2 600 Euro (40 Arbeitsstunden zu einem durchschnittlichen Stundensatz in Höhe von 46,50 Euro sowie 10 Arbeitsstunden zu einem durchschnittlichen Stundensatz in Höhe von 70,50 Euro). Aus der Begleitung und Auswertung des Gutachtens sowie der Finalisierung und Vorlage des Konzepts durch den GKV-Spitzenverband resultiert ein weiterer einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 3.300 Euro (40 Arbeitsstunden zu einem durchschnittlichen Stundensatz in Höhe von 46,50 Euro sowie 20 Arbeitsstunden zu einem durchschnittlichen Stundensatz in Höhe von 70,50 Euro).

Die Verpflichtung der Landesverbände der Krankenkassen zur Einrichtung von Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen bewirkt einen dauerhaften Erfüllungsaufwand für zusätzliche Personalressourcen, die eingesetzt werden müssen. Dieser ist allerdings begrenzt, da bei den Landesverbänden bereits sehr weitgehend Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen auf der Grundlage der bisherigen Regelung nach § 197a Absatz 1 Satz 1 SGB V gebildet sind. Der notwendige Personalaufwand für einzelne Neueinrichtungen hängt maßgeblich von der künftigen Aufgabenverteilung bei der Fehlverhaltensbekämpfung ab, die erst noch zwischen den Krankenkassen und ihren Landesverbänden zu vereinbaren ist. Die Regelungen über erweiterte Datenübermittlungsbefugnisse verursachen einen geringen, nicht quantifizierbaren Erfüllungsaufwand, da die Datenübermittlung regelmäßig automatisiert in digitaler Form erfolgt.

Insgesamt ist bei den Regelungen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen von einem zu vernachlässigenden Erfüllungsaufwand auszugehen. Diesem stehen perspektivisch - bedingt durch eine Steigerung der Effektivität der Fehlverhaltensbekämpfung - erhebliche, nicht näher quantifizierbare Einsparpotenziale in Form von Minderausgaben der GKV sowie erhöhte Regresseinnahmen gegenüber.

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

Für die Beitragsfreiheit für Waisenrenten bei Freiwilligendiensten dürften die Mindereinnahmen für die GKV und die soziale Pflegeversicherung dürften die Mindereinnahmen bei circa 40 Tsd. BFD-Leistenden (unter 27 Jahre), einem angenommenen Waisen-Anteil von 1 Prozent (circa 300 Tsd. in D) und einer angenommenen Waisenrente von durchschnittlich 208 Euro pro Monat (Quelle: dia-vorsorge.de) bei circa 0,2 Mio. Euro jährlich liegen.

#### Sonstige

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

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

Für die finanzielle Unterstützung der Wahrnehmung der erweiterten Beteiligungsrechte der Vertretung der Berufsorganisationen der Pflegeberufe entsteht für den G-BA ein Erfüllungsaufwand in Höhe der zu leistenden Ausgaben für Reisekosten, Verdienstausfall oder Aufwandsentschädigung, der aufgrund der Schätzung der Geschäftsstelle des G-BA bei rund 350.000 Euro liegen kann. Der Schätzung liegen aufgrund der vorhandenen Erfahrungen

mit der entsprechenden Unterstützung für die Patientenvertretung die Annahmen zugrunde, dass es jährlich etwa zu 514 Sitzungsteilnahmen der Vertretung der Berufsorganisationen der Pflegeberufe kommen wird, für die durchschnittlich jeweils rund 213 Euro Reisekosten, 408 Euro Verdienstaufschlag und 70 Euro Aufwandsentschädigung anfallen werden. Ergänzend zu dem Gesamtbetrag von etwa 350.000 Euro entsteht nach Einschätzung der Geschäftsstelle des G-BA für die entsprechende Abrechnung der Zahlungen ein zusätzlicher Personalbedarf in seiner Geschäftsstelle von insgesamt 0,5 Vollzeitkräften Sachbearbeitung in Höhe von etwa 44.000 Euro pro Jahr.

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

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

Dem Bewertungsausschuss (gebildet durch den GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung) entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand von 10.000 Euro für die Beratung und Beschlussfassung der Verfahren zur Festsetzung der auf die allgemeinen hausärztlichen Versorgungselemente entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sowie zur Ermittlung der auf die Krankenkassen entfallenden Anteile an Ausgleichszahlungen. Durch die Pflicht zur Evaluation der Auswirkungen der Regelungen zur Aufhebung der mengenbegrenzenden oder honorarmindernden Maßnahmen bei der allgemeinen hausärztlichen Versorgung entsteht dem Bewertungsausschuss zudem ein einmaliger Erfüllungsaufwand von 7.500 Euro. Für die Entwicklung eines Konzepts für die Versorgungspauschale und der entsprechenden Beschlussfassung nach Genehmigung durch das BMG entsteht dem Bewertungsausschuss ein weiterer einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von 20.000 Euro. Für die Evaluierung der Auswirkungen dieser Pauschale auf die Versorgung sind 7.500 Euro einmalig als Erfüllungsaufwand anzusetzen. Für die Beschlussfassung zur Vorhaltepauschale entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von 8.000 Euro, zur Evaluierung dieser sind ebenfalls 7.500 Euro anzusetzen.

Den regionalen Gesamtvertragspartnern (Kassenärztliche Vereinigungen und Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen) entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand von 14.000 Euro für die Herleitung und Vereinbarungen zur erstmaligen Festsetzung der auf die allgemeinen hausärztlichen Versorgungselemente entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und gegebenenfalls eines Zuschlagvolumens für die hausärztliche Versorgung.

Die Regelung zu den Prüfrechten des Bundesrechnungshofes bei der KBV, KZBV, dem G-BA und dem MD-Bund verursachen keine direkten Finanzwirkungen, da die Körperschaften die Prüfungen des Bundesrechnungshofes nicht bezahlen müssen (anders als Prüfungen des Prüfdienstes nach § 274 SGB V). Für die Begleitung der Prüfungen des

Bundesrechnungshofes durch Mitarbeiter der Körperschaften könnte allenfalls ein geringfügiger Erfüllungsaufwand entstehen, da Umfang und Aufwand der Begleitung stark von der Prüffrequenz und den konkreten Prüfungsthemen der Prüfungen des Bundesrechnungshofes abhängen.

## **5. Weitere Kosten**

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

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

## **6. Weitere Gesetzesfolgen**

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

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

## **VII. Befristung; Evaluierung**

Eine Befristung der Regelungen ist nicht vorgesehen.

Der Bewertungsausschuss hat dem BMG nach § 87 Absatz 2b Satz 12 SGB V bis zum 31. Dezember 2028 über die Auswirkungen der Versorgungspauschale im Hinblick auf die Honorare, die Ausgaben der Krankenkassen, die Fallzahlentwicklung sowie die Versorgung der Versicherten zu berichten. Ebenfalls bis zum 31. Dezember 2028 hat der Bewertungsausschuss über die Auswirkungen der Vorhaltepauschale im Hinblick auf die Honorare, die Ausgaben der Krankenkassen sowie die Versorgung der Versicherten zu berichten. Nach § 87a Absatz 3c Satz 12 SGB V hat der Bewertungsausschuss nach zwei Jahren über die Auswirkungen des Wegfalls von mengenbegrenzenden oder honorarmindernden Maßnahmen in der ambulanten hausärztlichen Versorgung insbesondere im Hinblick auf die hausärztliche Versorgung der Versicherten, die Honorare sowie die Ausgaben der Krankenkassen zu berichten.

## **B. Besonderer Teil**

### **Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

#### **Zu Nummer 1**

Mit der Regelung wird der Zugang zur GKV über die beitragsfreie Familienversicherung für privat versicherte Rentnerinnen und Rentner ausgeschlossen, deren Vollrentenanspruch oberhalb der Gesamteinkommensgrenze der Familienversicherung liegt und die nur durch die Wahl einer Rente wegen Alters als Teilrente die Voraussetzungen für die Familienversicherung erfüllen. Mit der Regelung wird auf vermehrte Fälle reagiert, in denen privat

krankenversicherte Rentnerinnen und Rentner durch ein gezieltes, temporäres Absenken ihres Rentenzahlbetrags Zugang zur GKV über ihre Ehegattin und Ehegatten erhalten. Die Regelung schließt insoweit eine Gesetzeslücke in der Systemabgrenzung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung und dient dem Schutz der Solidargemeinschaft. Mit der Regelung wird die Grundsatzentscheidung des Gesetzgebers bekräftigt, dass Personen, die sich gegen die solidarische Beitragstragung in der GKV zu Zeiten ihres Erwerbslebens entschieden haben, nicht im Alter in die GKV zurückkehren sollen.

## **Zu Nummer 2**

Die Regelung dient der Beschleunigung von Bewilligungsverfahren im Hilfsmittelbereich in besonders gelagerten Fällen. Zur Sicherstellung einer zeitnahen Versorgung von Kindern und Erwachsenen, die aufgrund der Art, Schwere, Dauer oder Komplexität ihrer Krankheit oder Behinderung einen besonderen Hilfsmittelbedarf haben, soll die medizinische Erforderlichkeit von Hilfsmitteln vermutet werden, wenn die Versicherten regelmäßig in einem sozialpädiatrischen Zentrum, das nach § 119 Absatz 1 ermächtigt wurde (SPZ) oder in einem medizinischen Behandlungszentrum für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen, das nach § 119c Absatz 1 ermächtigt wurde (MZEB), betreut werden. Eine regelmäßige Betreuung liegt vor, wenn die oder der Versicherte vor Ausstellung der Empfehlung mindestens einmal ärztliche oder nichtärztliche Leistungen unter ärztlicher Aufsicht in dem SPZ oder MZEB in Anspruch genommen hat, in welchem der empfehlende Arzt oder die empfehlende Ärztin tätig ist.

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

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

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

## **Zu Nummer 3**

Es erfolgt eine redaktionelle Anpassung der Überschrift.



#### **Zu Nummer 4**

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Ziffer [6]. Für die Teilnahme an einer hausarztzentrierten Versorgung hat die Krankenkasse künftig regelhaft einen Bonus nach § 65a zu gewähren. Eines gesonderten Wahltarifs bedarf es demnach nicht mehr.

#### **Zu Nummer 5**

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

#### **Zu Nummer 6**

Auch die Teilnahme an einer hausarztzentrierten Versorgung berechtigt künftig zum Erhalt eines Bonus in Höhe von mindestens 30 Euro. Damit wird die Attraktivität der hausarztzentrierten Versorgung weiter gesteigert. Die Krankenkasse muss allerdings auch für diese Leistung nachweisen, dass sich die Aufwendungen für die Boni nach spätestens drei Jahren durch Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die durch die Teilnahme der Versicherten an der besonderen Versorgungsform erzielt werden, refinanzieren lassen. Werden entsprechende Einsparungen und Effizienzsteigerungen nicht erzielt, dürfen keine weiteren Boni gewährt werden.

#### **Zu Nummer 7**

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

Die Ermächtigung umfasst weiterhin Regelungen, die zur Durchführung digitaler oder hybrider Sitzungen getroffen werden, wie etwa gegebenenfalls notwendige Festlegungen zur Einhaltung des Datenschutzes, zur IT-Sicherheit oder zu den Auswirkungen von technischen Störungen auf die Sitzungsdurchführung. Diese Regelungen sind für die jeweils in der Satzung zugelassenen Sitzungsformate zu treffen und möglichst auf die konkreten Rahmenbedingungen der Sitzungsorganisation zuzuschneiden. Datenschutzrechtliche Fragen stellen sich bei digitalen und hybriden Sitzungen unter anderem im Hinblick auf die Sicherung der Vertraulichkeit für nicht öffentliche Sitzungen beziehungsweise Sitzungsteile. Anforderungen an die Sicherheit der Informationstechnik einschließlich der Nutzung von Abstimmungssystemen sind insbesondere im Interesse einer störungsfreien Durchführung digitaler und hybrider Sitzungen und das ordnungsgemäße Zustandekommen von Abstimmungs- und Wahlergebnissen von Bedeutung. Da bei den digitalen Sitzungsformaten

technische Störungen nicht völlig auszuschließen sind, können auch Festlegungen zu deren Folgen für die Weiterführung der Sitzung und die Wirksamkeit durchgeführter Abstimmungen und Wahlen im Interesse der Rechtssicherheit zu treffen sein. Dabei sind insbesondere die jeweiligen Vorgaben zur Beschlussfähigkeit zu beachten. Bei Regelungen für die Vertreterversammlungen gilt darüber hinaus unabhängig vom Sitzungsformat regelmäßig auch der Grundsatz der Öffentlichkeit der Sitzungen (§ 79 Absatz 3b Satz 7), der vor allem für rein digitale Sitzungen besondere Regelungen notwendig macht. Satzungsregelungen zur Durchführung digitaler und hybrider Sitzungen bedürfen der Genehmigung durch die zuständige Aufsichtsbehörde (§ 81 Absatz 1 Satz 2).

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

### **Zu Nummer 8**

#### **Zu Buchstabe a**

Die Hausärztinnen und Hausärzte sind der erste Ansprechpartner für die Versicherten in Gesundheitsfragen. Sie übernehmen eine wichtige Funktion in der Behandlung der Versicherten und bei der Sicherstellung und Koordination der ambulanten ärztlichen und nachgelagerten weiteren Versorgung. Auf Grund einer sich in den nächsten Jahren vergrößern Nachbesetzungsproblematik und der demographischen Entwicklung der Versicherten-gemeinschaft sind die Kapazitäten der Hausärztinnen und Hausärzte effizient zu nutzen. Hierzu gehört auch, dass wiederholte quartalsweise Arzt-/Praxis-Patienten-Kontakte, die aus medizinischer Sicht nicht erforderlich sind, vermieden werden, um die Praxen und das dort tätige ärztliche und nicht-ärztliche Personal zu entlasten. Dies betrifft insbesondere die Behandlung von chronisch kranken Patientinnen und Patienten, die der kontinuierlichen Versorgung mit einem bestimmten Arzneimittel bedürfen, jedoch kein kontinuierlicher persönlich-ärztlicher Betreuungs- und Behandlungsbedarf besteht. Nach den bisherigen Regelungen im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) können für diese Versicherten in jedem Quartal die Versichertenpauschale sowie eine Chronikerpauschale abgerechnet werden, wobei letztere einen Arzt-/Praxis-Patienten-Kontakt pro Quartal in mindestens drei Quartalen voraussetzt. Mithin setzt der EBM bei chronisch kranken Patientinnen und Patienten Anreize für sehr häufige und medizinisch nicht immer notwendige persönliche Arzt-Patienten-Kontakte. Die Ausstellung einer Arzneimittelverordnung nach § 31 Absatz 1b SGB V würde dem zuwiderlaufen. Nach § 31 Absatz 1b SGB V können für Versicherte, die eine kontinuierliche Versorgung mit einem bestimmten Arzneimittel benötigen, eine vertragsärztliche Verordnungen ausgestellt werden, nach denen eine nach der Erstabgabe bis zu dreimal sich wiederholende Abgabe erlaubt ist. Durch diese vermeidbaren Arzt-/Praxis-Patienten-Kontakte werden die Kapazitäten der Hausärztinnen und Hausärzte und Behandlungstermine für Patientinnen und Patienten mit akutem medizinischen Behandlungsbedarf unnötig gebunden.

Mit der Regelung wird der Bewertungsausschuss beauftragt, abweichend von der quartals-abhängigen Versichertenpauschale für die kontinuierliche Versorgung chronisch kranker Patientinnen und Patienten eine jahresbezogene Versorgungspauschale im EBM zu beschließen. Hierdurch sollen unnötige Arzt-/Praxis-Patienten-Kontakte vermieden und gleichzeitig eine angemessene Honorierung der hausärztlichen Leistungen gewährleistet werden.

Die zu beschließende Versorgungspauschale ist für die Behandlung von Versicherten abrechnungsfähig, bei denen mindestens eine lang andauernde, lebensverändernde Erkrankung vorliegt, die der kontinuierlichen Versorgung mit einem Arzneimittel bedarf. Die Versorgungspauschale ist je betroffenem Versicherten durch nur eine Arztpraxis einmal jährlich

abrechnungsfähig und beinhaltet die Vergütung aller Behandlungen für das laufende Quartal, in dem der erste Arzt-/Praxis-Patienten-Kontakt stattfand, sowie für die drei darauffolgenden Quartale. Die Versorgungspauschale ist demnach unabhängig von der Anzahl der Arzt-/Praxis-Patienten-Kontakte abrechnungsfähig. Monetäre Anreize zur Überbehandlung werden genommen. Vielmehr ist die Versorgungspauschale so auszugestalten, dass ein Anreiz besteht, nur die tatsächlich medizinisch erforderlichen Behandlungen durchzuführen. Die Versorgungspauschale ersetzt die Versicherten- und Chronikerpauschale sowie weitere kleinere Zuschläge und Pauschalen für vier Quartale. Neben der Versorgungspauschale sind die erbrachten Einzelleistungen sowie die Zuschläge nach dem Kapitel 37 des EBM weiterhin abrechnungsfähig. Der Bewertungsausschuss kann die Höhe der Versorgungspauschale zur Abbildung von Behandlungsbedarfen, die mit unterschiedlich hohem Aufwand verbunden sind, in gestufter Form beschließen.

Vor der Beschlussfassung hat der Bewertungsausschuss dem BMG ein Konzept zur Genehmigung vorzulegen. Das Konzept beinhaltet Ausführungen zur beabsichtigten Anpassung des EBM sowie zur Zahlungsweise der Versorgungspauschale, die sich über den Geltungszeitraum der Versorgungspauschale und mehrere Tranchen erstreckt. Bei Vorliegen wichtiger Gründe kann das Konzept zudem Ausnahmen von der Abrechenbarkeit und Zahlung der Versorgungspauschale an nur eine Arztpraxis je Versicherten vorsehen. Derartige Ausnahmetatbestände können insbesondere durch den Umzug des Versicherten oder der Praxisschließung des bisher behandelnden Arztes begründet sein. Die Genehmigung des Konzepts ist durch das BMG innerhalb von zwei Monaten zu erteilen oder zu versagen, ansonsten gilt die Genehmigung als erteilt. Prüfbitten oder Nachfragen seitens des BMG hemmen diese Frist bis zum Eingang der Beantwortung durch den Bewertungsausschuss. Die Auswirkungen der Versorgungspauschale hat der Bewertungsausschuss zu evaluieren. Für das Verfahren der Evaluierung ist vorab Einvernehmen mit dem BMG herzustellen. Die Ergebnisse sind dem BMG zu berichten.

Mit der Neuformulierung und Zusammenfassung der bisherigen Sätze 5 und 6 in Satz 13 wird eine Rechtsbereinigung vorgenommen, da der Bewertungsausschuss den enthaltenen Auftrag fristgemäß umgesetzt hat.

### **Zu Buchstabe b**

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

### **Zu Buchstabe c**

Durch die Regelung in Absatz 2n wird der Bewertungsausschuss beauftragt, eine Vergütung zur Vorhaltung der zur Erfüllung von Aufgaben der hausärztlichen Grundversorgung notwendigen Strukturen, sogenannte Vorhaltepauschale, zu beschließen. Zugleich hat der Bewertungsausschuss Kriterien festzulegen, die die Vertragsärztinnen und -ärzte erfüllen müssen, damit sie diese Vorhaltepauschale abrechnen können. Erfüllen sie die Kriterien nicht, ist eine Abrechenbarkeit dieser Pauschale oder einer vergleichbaren Pauschale im EBM, wie der Leistungsziffer 03040, die der Vorhaltung notwendiger Strukturen dient, ausgeschlossen. Der Bewertungsausschuss kann die Höhe der Vorhaltepauschale in Abhängigkeit der Anzahl der vorliegenden Kriterien in Stufen festlegen.

Zu den vom Bewertungsausschuss festzulegenden Kriterien sollen insbesondere folgende Anforderungen gehören: eine Mindestanzahl von zu versorgenden Patienten je Arzt und je Quartal, die 450 Versicherte nicht unterschreiten soll, die bedarfsorientierte Erbringung von Haus- und Pflegeheimbesuche, die bei Versicherten über 75 Jahre regelmäßige aufsuchende Behandlungen umfassen sollen, sowie bedarfsgerechte Praxisöffnungszeiten, die regelmäßige monatliche Abendsprechstunden und ein ergänzendes Angebot an

Samstagsprechstunden umfasst. Darüber hinaus soll der Bewertungsausschuss in seinen Kriterien berücksichtigen, dass die Hausarztpraxen primär Leistungen erbringen, die zum Kern des hausärztlichen Fachgebietes gehören (z.B. Versorgung von geriatrischen Patienten, palliativmedizinische Versorgung). Darüber hinaus sollen in den Kriterien aufgenommen werden, dass beim überwiegenden Anteil der zu versorgenden Patienten eine regelhafte Pflege der elektronischen Patientenakte stattfindet. Mit Blick auf die Versorgung von chronisch kranken Patienten sollte die regelmäßige Aktualisierung des elektronischen Medikationsplans als Kriterium gemäß Absatz 2n aufgenommen werden. In die Kriterienliste können darüber hinaus beispielsweise folgende Anforderungen vereinbart werden: die Vorfaltung von Kooperationen und Netzwerken zur besseren Versorgung insbesondere von multimorbiden oder geriatrischen Patienten und die kontinuierliche Erbringung postoperativer Nachsorgen. Bei Versicherten, für die die einmal jährlich abrechnungsfähige Versorgungspauschale vorgesehen ist, ist die Vorhaltepauschale ebenfalls so zu gestalten, dass sie bereits beim ersten Kontakt im Krankheitsfall für den gesamten jährlichen Zeitraum abgerechnet werden kann.

Bei möglicherweise freiwerdenden Finanzmitteln durch eine verminderte Abrechnung der Vorhaltepauschale im Vergleich zu der bisher erfolgten Abrechnung der Leistungsziffer 03040 aufgrund der Nicht-Erfüllung der vorgegebenen Kriterien beschließt der Bewertungsausschuss für das Folgejahr Zuschläge auf besonders förderungswürdige Leistungen. Dies können beispielsweise Haus- und Pflegeheimbesuche oder die Vergütung des zusätzlichen Aufwandes für die Durchführung von Samstagsprechstunden sein. Die Zuschläge sind nur für die Vertragsärztinnen und -ärzte abrechnungsfähig, die die vom Bewertungsausschuss festgelegten Kriterien erfüllen. Dabei kann auch für die Zuschläge eine stufenweise Abrechenbarkeit vorgesehen werden. Die Auswirkungen dieser Regelung hat der Bewertungsausschuss zu analysieren und dem BMG über die Ergebnisse zu berichten.

#### **Zu Buchstabe d**

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

#### **Zu Nummer 9**

#### **Zu Buchstabe a**

#### **Zu Doppelbuchstabe aa**

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

#### **Zu Doppelbuchstabe bb**

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

#### **Zu Buchstabe b**

Es handelt sich um Folgeänderungen der Einführung von Absatz 3c. Mit der Neufassung von Satz 3 wird die entsprechende Regelung in Absatz 3c übernommen. Den Gesamtvertragspartner wird aufgegeben, über Honorarzuschläge zur Förderung der Kinder- und Jugendmedizin zu verhandeln, wenn der Leistungsbedarf das zur Verfügung stehende Honorar aus der auf die Arztgruppe der Kinder- und Jugendärzte entfallenden

morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (Kinderarzt-MGV) bezogen auf insgesamt vier aufeinander folgende Quartale unterschreitet.

### **Zu Buchstabe c**

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

Hierzu werden mit Absatz 3c die Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung von mengenbegrenzenden oder honorarmindernden Maßnahmen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) und der Honorarverteilung ausgenommen (Entbudgetierung). Für die Leistungen des Versorgungsbereichs der Kinder- und Jugendmedizin wurden bereits Regelungen zur Aussetzung der Mengenbegrenzung in § 87a Absatz 3b aufgenommen. Absatz 3c sieht nun vergleichbare Regelungen für die Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung, die im dritten Kapitel des EBM abgebildet sind, einschließlich der hausärztlich durchgeführten Hausbesuche, die nach dem Kapitel 1.4 des EBM abrechenbar sind, vor. Durch Satz 1 werden die Krankenkassen zur Übernahme der Vergütung dieser Leistungen in voller Höhe nach den Preisen der Euro-Gebührenordnung verpflichtet. Zudem wird der Begriff des hausärztlichen Leistungsbedarf eingeführt, der als der finanzielle Bedarf definiert ist, der sich aus der Summe aller erbrachten und abgerechneten hausärztlichen Leistungen ergibt. Dabei müssen die abgerechneten Leistungen nach sachlicher und rechnerischer Prüfung anerkannt sein. Entsprechend Absatz 3b Satz 2 erfolgt durch Satz 2 auch für die hausärztlichen Leistungen die Zahlung der MGV nicht mit befreiender Wirkung. Damit wird neben der vollständigen Vergütung aller erbrachten hausärztlichen Leistungen ebenfalls sichergestellt, dass die Entbudgetierung nicht zu Lasten anderer Arztgruppen geht. Die Verteilung und Auszahlung der Vergütung einschließlich der Zuschläge erfolgen weiterhin im Rahmen der Honorarverteilung gemäß § 87b Absatz 1. Mit der Regelung in Satz 3 wird den Gesamtvertragspartnern aufgegeben, über Honorarzuschläge zur Förderung der hausärztlichen Versorgung zu verhandeln, wenn der hausärztliche Leistungsbedarf das zur Verfügung stehende Honorarvolumen aus der auf die Arztgruppe der Hausärzte entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (Hausarzt-MGV) über insgesamt vier aufeinander folgende Quartale unterschreitet. Die Summe der vereinbarten Honorarzuschläge darf das nicht ausgeschöpfte Hausarzt-MGV-Volumen nicht überschreiten. Bei Nichteinigung über die Höhe und die Förderzwecke steht den Beteiligten der Weg in das zuständige Schiedsamt offen.

Durch die Regelungen der Sätze 4 bis 6, 9 und 10 wird abweichend vom Absatz 3b vorgegeben, wie die Kopplung der Hausarzt-MGV im Hinblick auf deren erstmalige Festsetzung und Fortschreibung an das Aufsatzwerteverfahren erfolgt. Dazu wird der Anteil der Hausarzt-MGV-Honorare an den MGV-Honoraren aller Ärztinnen und Ärzte berechnet. Da es sich bei den Ausgleichzahlungen für Leistungen des Versorgungsbereichs der Kinder- und Jugendmedizin nach Maßgabe des Absatzes 3b nicht um MGV-Honorare handelt, sind diese hier nicht zu berücksichtigen. Da die Honorare für den Festsetzungszeitraum, der vier aufeinanderfolgende Quartale umfasst, nicht vorliegen, werden die Anteile mit den vorliegenden Daten der entsprechenden Vorjahresquartale berechnet. Zur erstmaligen Festsetzung der Hausarzt-MGV werden diese Anteile auf die MGV des Vorjahresquartals

angewendet und nach den Sätzen 5 und 6 um den veränderten Behandlungsbedarf (dynamisierte MGV) sowie Ein- und Ausdeckelungen im jeweiligen Quartal und Differenzbereinigungen aus Hausarztverträgen weiterentwickelt. Die Regelungen der Sätze 7 und 8 sind wiederum inhaltlich analog zum bisherigen Absatz 3b gestaltet. Mit Satz 9 wird - wie für die Leistungen in der Kinder- und Jugendmedizin - der Bewertungsausschuss verpflichtet, Vorgaben zur Schaffung eines einheitlichen Verfahrens zur Festsetzung und Fortschreibung der Hausarzt-MGV als Teil der MGV zu beschließen. Mit Satz 10 wird vorgegeben, dass bei der Fortschreibung der Hausarzt-MGV die Anpassungen des Punktwertes, des Behandlungsbedarfs mit hausärztlichen Leistungen und darauf entfallende Bereinigungen sachgerecht zu berücksichtigen sind. Satz 11 regelt die Voraussetzung zur Leistung von Ausgleichszahlungen durch die Krankenkassen, um die vollständige Vergütung des hausärztlichen Leistungsbedarfs zu gewährleisten. Eine Ausgleichszahlung ist dann zu leisten, wenn eine Division der Hausarzt-MGV einschließlich vereinbarter Zuschläge nach den Sätzen 3 und 7 durch den hausärztlichen Leistungsbedarf ohne die Zuschläge nach den Sätzen 3 und 7 einen Wert von kleiner eins ergibt. Für die Berechnung der Höhe der auf die einzelnen Krankenkassen entfallenden Ausgleichszahlungen wird auf die Regelung des Absatzes 3b verwiesen. Mit Satz 12 wird dem Bewertungsausschuss eine Evaluierungspflicht aufgegeben, die sich auf die Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung bezieht. Über die Evaluierung ist dem BMG nach zwei Jahren zu berichten.

### **Zu Nummer 10**

Durch die Ergänzung in § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz wird klargestellt, dass alle Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung entsprechend des Kapitels 3 des EBM, einschließlich der hausärztlich durchgeführten Hausbesuche, die nach dem Kapitel 1.4 des EBM abrechenbar sind, keine Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung des Honorars im Honorarverteilungsmaßstab unterliegen dürfen. Alle Leistungen müssen, auch wenn sie künftig in voller Höhe nach den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet werden, weiterhin dem Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 entsprechen. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, dürfen Versicherte nicht beanspruchen und die Ärztinnen und Ärzte nicht bewirken.

### **Zu Nummer 11**

#### **Zu Buchstabe a**

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

#### **Zu Buchstabe b**

Die Verpflichtung des G-BA zur jährlichen Berichterstattung an den Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages über die Einhaltung der Fristen wird zum einen dahingehend erweitert, dass die Berichtspflicht neben den Verfahren, für die eine gesetzliche Frist

vorgegeben ist, auch Verfahren umfasst, die länger als zwei Jahre, anstatt bislang drei Jahre, andauern. So soll ein Anreiz geschaffen werden, die Verfahrensdauer weiter zu verkürzen und die Verfahren zu beschleunigen. Zum anderen wird der Umfang der Berichtspflicht dergestalt eingeschränkt, dass der G-BA nicht mehr verpflichtet ist, die von ihm zur Straffung der Verfahren vorgenommenen Maßnahmen sowie die besonderen Schwierigkeiten einer Bewertung, die zu einer Überschreitung der gesetzlichen Fristen und zu Verfahrensverzögerungen über zwei Jahre hinaus geführt haben können, im Einzelnen darzulegen. Damit soll der Darlegungsaufwand für den G-BA reduziert werden. Unbenommen bleibt es dem G-BA aber, aus Gründen der Transparenz Ausführungen zu den zur Straffung des Verfahrens unternommenen Maßnahmen und den Gründen, die zu einer Fristüberschreitung geführt haben können, vorzunehmen.

## **Zu Nummer 12**

### **Zu Buchstabe a**

Mit der Neufassung des Absatzes 1b wird den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Berufsverbänden der Hebammen und den Verbänden der von Hebammen geleiteten Einrichtungen auf Bundesebene nach § 134a Absatz 1 Satz 1 ein Beteiligungsrecht bei den Mutterschafts-Richtlinien des G-BA eingeräumt. Dies umfasst das Recht auf Mitberatung in den Gremien des G-BA. Hebammen erbringen ihre freiberufliche Tätigkeit nicht auf ärztliche Veranlassung, sondern vollständig eigenverantwortlich. Gleichwohl enthalten die Mutterschafts-Richtlinien auch Vorgaben zur Zusammenarbeit von Ärztinnen und Ärzten mit Hebammen und Regelungen zur Abgrenzung der Aufgabenbereiche, die eine Mitberatung der betreffenden Verbände in den Gremien rechtfertigen. Sofern auf dieses unmittelbare Mitberatungsrecht verzichtet wird, ist den betreffenden Verbänden vor der Entscheidung des G-BA wie bereits bisher Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die betreffenden Verbände können so im Ergebnis wählen, ob sie an der Beratung beteiligt werden oder Gelegenheit zur Stellungnahme erhalten. Zudem wird geregelt, dass die einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften Gelegenheit zur Stellungnahme zu den Entscheidungen des G-BA zu den Mutterschafts-Richtlinien zu geben ist. Die von den wissenschaftlichen Fachgesellschaften abgegebenen Stellungnahmen sind – ebenso wie die von den in § 134a Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen abgegebenen Stellungnahmen – in die Entscheidung einzubeziehen. Damit kann die Expertise der jeweils einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften in die Entscheidungsfindung des G-BA einfließen.

Mit der Einfügung eines neuen Absatzes 1c wird geregelt, dass die einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften ein Stellungnahmerecht zu den Entscheidungen des G-BA über die Richtlinien über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung, die Richtlinie zur Kryokonservierung sowie die Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch haben. Den Fachgesellschaften ist vor der Entscheidung des G-BA Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die abgegebenen Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Damit kann die Expertise der jeweils einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften in die Entscheidungsfindung des G-BA einfließen.

### **Zu Buchstabe b**

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

Regelungsbereiche hinweg, insbesondere zu Therapiehinweisen und Festbetragsgruppenbildungen.

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

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

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

### **Zu Buchstabe c**

Mit der Ergänzung in Absatz 4 wird geregelt, dass die einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften ein Stellungnahmerecht zu den Entscheidungen des G-BA über die Kinder-Richtlinie, die Richtlinie zur Jugendgesundheitsuntersuchung, die Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie, die Krebsfrüherkennungs-Richtlinie und die Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme haben. Den Fachgesellschaften ist vor der Entscheidung des G-BA Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die abgegebenen Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Damit kann die Expertise der jeweils einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften in die Entscheidungsfindung des G-BA einfließen. Bei Entscheidungen über die Krebsfrüherkennungs-Richtlinie und die Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme erhalten zudem die Deutsche Krebshilfe und die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren ein Stellungnahmerecht.

### **Zu Buchstabe d**

Mit der Ergänzung in Absatz 5 wird den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften ein Stellungnahmerecht zu den Entscheidungen des G-BA zur Rehabilitations-Richtlinie eingeräumt. Den Fachgesellschaften ist vor der Entscheidung des G-BA Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die abgegebenen Stellungnahmen sind in die Entscheidung



einzu beziehen. Damit kann die Expertise der jeweils einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften in die Entscheidungsfindung des G-BA einfließen.

#### **Zu Buchstabe e**

Mit der Ergänzung in Absatz 6 wird den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften ein Stellungnahmerecht zu den Entscheidungen des G-BA zur Heilmittel-Richtlinie eingeräumt. Den Fachgesellschaften ist vor der Entscheidung des G-BA Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die abgegebenen Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Damit kann die Expertise der jeweils einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften in die Entscheidungsfindung des G-BA einfließen.

#### **Zu Buchstabe f**

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

#### **Zu Buchstabe g**

Mit der Ergänzung in Absatz 7b wird den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften ein Stellungnahmerecht zu den Entscheidungen des G-BA zur Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie eingeräumt. Den Fachgesellschaften ist vor der Entscheidung des G-BA Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die abgegebenen Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Damit kann die Expertise der jeweils einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften in die Entscheidungsfindung des G-BA einfließen.

#### **Zu Buchstabe h**

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

#### **Zu Buchstabe i**

Mit der Ergänzung in Absatz 7g wird den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften ein Stellungnahmerecht zu den Entscheidungen des G-BA zur Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie eingeräumt. Den Fachgesellschaften ist vor der Entscheidung des G-BA Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die abgegebenen Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Damit kann die Expertise der jeweils einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften in die Entscheidungsfindung des G-BA einfließen.

#### **Zu Buchstabe j**

Mit dem neuen Absatz 7h wird den Berufsorganisationen der Pflegeberufe ein Antrags- und Mitberatungsrecht eingeräumt. Damit wird das bislang bestehende allgemeine

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

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

### **Zu Nummer 13**

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

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

Für den Fall der Abgabe einer Bürgschaftserklärung durch die Gesellschafter ist bislang eine betragsmäßige Beschränkung der Bürgschaft in § 95 nicht gesetzlich vorgesehen. Eine solchermaßen unbeschränkte Bürgschaft führt zunächst zu einer potenziellen Übersicherung der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen. Darüber hinaus wird aus der Kommunalpraxis berichtet, dass die Kommunen aus kommunalrechtlichen Gründen keine betragsmäßig unbeschränkten Bürgschaftserklärungen abgeben können und deshalb auf kostenpflichtige Bankbürgschaften angewiesen sind. Zwar können die Kommunen MVZ auch in einer öffentlich-rechtlichen Rechtsform gründen, deren Zulassung gerade nicht von einer Sicherheitsleistung abhängt. Seitens der Kommunen besteht jedoch ein gesteigertes Interesse, ein MVZ nicht in einer öffentlich-rechtlichen Rechtsform, sondern in der Rechtsform einer GmbH zu gründen. Schließlich sind auch die alternativ zu erbringenden Sicherheitsleistungen nach § 232 BGB typischerweise auf eine bestimmte Höhe beschränkt, sodass die geltende Rechtslage bei identischem Sicherheitsbedürfnis unterschiedliche Anforderungen an die Sicherheitsleistungen vorsieht, je nachdem, ob eine Gesellschafterbürgschaft oder eine andere Sicherheitsleistung erbracht wird.

Mit vorliegender Änderung wird geregelt, dass für die Zulassung eines MVZ in der Rechtsform der GmbH als Sicherheitsleistung auch die Abgabe einer der Höhe nach begrenzten, selbstschuldnerischen Bürgschaft genügt, wie dies bereits bei den alternativen Sicherheitsleistungen nach § 232 BGB der Fall ist. Die konkrete Höhe der zu übernehmenden Bürgschaft kann damit an die Umstände des Einzelfalls beziehungsweise am jeweiligen Sicherungsbedürfnis der Kassenärztlichen oder Kassenzahnärztlichen Vereinigung und der Krankenkassen ausgerichtet werden. Hierbei können etwa die Anzahl der Arztstellen, die vorliegenden Facharzttaustrichtungen und die durchschnittlichen Regressbeträge der vertretenen Fachgruppen, der Honorarumsatz des MVZ sowie der Umsatz an verordneten Arznei- und Heilmitteln berücksichtigt werden. Die Regelung gilt auch für die Sicherheitsleistungen der Gesellschafter nichtkommunaler MVZ in der Rechtsform einer GmbH.

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

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

#### **Zu Nummer 14**

In den Zulassungsausschüssen nach § 96 werden jährlich mehrere zehntausend Zulassungsverfahren bearbeitet, von denen die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung abhängt. Gemäß § 96 Absatz 2a haben die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden in zulassungsrechtlichen Verfahren mit besonderer Versorgungsrelevanz ein Mitberatungsrecht. Hiervon umfasst sind auch das Recht auf frühzeitige Information über die Verfahrensgegenstände, das Recht zur Teilnahme an den Sitzungen der Zulassungsausschüsse einschließlich des Rechts zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung sowie das Recht zur Stellung verfahrensleitender Anträge.

Die vorliegende Änderung zielt darauf ab, die bestehenden Beteiligungsmöglichkeiten der zuständigen obersten Landesbehörden hinsichtlich der Entscheidungen der Zulassungsausschüsse zu erweitern. Entsprechend den Vereinbarungen des Koalitionsvertrages wird das bisherige Mitberatungsrecht zugunsten der zuständigen obersten Landesbehörden um ein Mitentscheidungsrecht ergänzt. Die Länder werden somit in die Lage versetzt, ihre versorgungsrelevanten Erkenntnisse in den Zulassungsausschüssen verbindlich zu Geltung zu bringen, die vertragsärztliche Versorgung maßgeblich mitzugestalten und so beispielsweise zum Abbau von Überversorgung beizutragen. Zugleich ist aus Gründen der Versorgungssicherheit zu vermeiden, dass dieser zusätzliche Verfahrensschritt die Effektivität der

Verfahrensbearbeitung und den zeitnahen Vollzug der Versorgungsentscheidungen der Zulassungsausschüsse beeinträchtigt.

Mit dieser Zielsetzung sieht die Neuregelung vor, dass die in § 96 Absatz 2a Satz 1 genannten Entscheidungen der Zulassungsausschüsse im Einvernehmen mit der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörde zu treffen sind. Das Einvernehmenserfordernis wird folglich auf zulassungsrechtliche Verfahren mit besonderer Versorgungsrelevanz beschränkt. Es handelt sich hierbei um Verfahren zur Entscheidung über Sonderbedarfszulassungen und Ermächtigungen, Nachbesetzungsverfahren, zusätzliche Arztstellen auf Antrag der Landesbehörden sowie zur Befristung von Zulassungen und zur Verlegung von Arztsitzen oder Anstellungsgenehmigungen. Die bisherigen Regelungen, die auch ein Mitberatungsrecht der zuständigen Landesbehörden hinsichtlich der Verfahren mit besonderer Versorgungsrelevanz vorsehen, werden somit konsequent weiterentwickelt.

Das Einvernehmen der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden stellt sich als verwaltungsinterne Mitwirkungshandlung dar. Die Anrufung des Berufungsausschusses gegen die Entscheidung des Zulassungsausschusses bleibt damit sowohl im Fall des erklärten Einvernehmens als auch im Fall des versagten Einvernehmens durch die Landesbehörde möglich.

Zur Gewährleistung einer weiterhin effektiven Verfahrensbearbeitung und eines zeitnahen Vollzugs zulassungsrechtlicher Versorgungsentscheidungen hat die zuständige oberste Landesbehörde ihr Einvernehmen in der Sitzung im Rahmen der Beschlussfassung zu erklären oder zu versagen. Aufgrund des weiterhin bestehenden Mitberatungsrechts ist gewährleistet, dass sich die zuständigen obersten Landesbehörden umfassend über die Verfahrensinhalte informieren können.

Macht die zuständige oberste Landesbehörde von ihrem Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung keinen Gebrauch oder gibt sie trotz Anwesenheit bei der Beschlussfassung keine ausdrückliche Erklärung hinsichtlich ihres Einvernehmens ab, so gilt ihr Einvernehmen als erteilt. Die Regelung ermöglicht den obersten Landesbehörden eine flexible Handhabung des neuen Mitentscheidungsrechts sowie den Zulassungsausschüssen eine bürokratiearme Umsetzung und trägt dem Umstand Rechnung, dass die obersten Landesbehörden auch ihr bisheriges Mitberatungsrecht in der Regel sehr zurückhaltend wahrgenommen haben. Aufgrund dieser Einvernehmensfiktion können die zuständigen obersten Landesbehörden auch weiterhin punktuell entscheiden, an welchen Sitzungen sie teilnehmen und zu welchen Entscheidungen sie eine ausdrückliche Erklärung abgeben, ohne, dass sich eine unterbliebene oder stille Teilnahme verfahrensverzögernd auswirkt.

#### **Zu Nummer 15**

#### **Zu Buchstabe a**

Es handelt sich um eine Folgeregelung aufgrund der neu gebildeten Arztgruppe im neuen Absatz 4a.

#### **Zu Buchstabe b**

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

vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

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

#### **Zu Nummer 16**

##### **Zu Buchstabe a**

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

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

##### **Zu Buchstabe b**

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

#### **Zu Nummer 17**

In den Rahmenvorgaben nach § 106b Absatz 2 SGB V für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen, vereinbart zwischen dem GKV-Spitzenverband und der

Kassenärztlichen Bundesvereinigung, wird bezüglich des Umfangs der Wirtschaftlichkeitsprüfungen in § 3 Absatz 5 bereits heute für Prüfungen nach Absatz 1 die Möglichkeit vorgesehen, Bagatellgrenzen zu vereinbaren. Von dieser Möglichkeit wurde bislang im Rahmen der jeweiligen Prüfvereinbarungen auf Landesebene in unterschiedlichen Umfängen Gebrauch gemacht.

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

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

### **Zu Nummer 18**

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

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

### **Zu Nummer 19**

#### **Zu Buchstabe a**

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

#### **Zu Buchstabe b**

Mit der Ergänzung werden die Beteiligungsrechte zu den Richtlinien des G-BA zur Qualitätssicherung erweitert. Mit dem neuen Satz 2 wird den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Berufsverbänden der Hebammen und den Verbänden der von Hebammen geleiteten Einrichtungen auf Bundesebene nach § 134a Absatz 1 Satz 1 ein Beteiligungsrecht eingeräumt, soweit die Berufsausübung der Hebammen berührt ist. Dies umfasst das Recht auf Mitberatung in den Gremien des G-BA.

### **Zu Nummer 20**

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

### **Zu Nummer 21**

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

### **Zu Nummer 22**

#### **Zu Buchstabe a**

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

#### **Zu Buchstabe b**

Um die Rechte der Patientenvertretung im G-BA weiter zu stärken, damit die Belange der Patientinnen und Patienten besser berücksichtigt werden, erhalten die benannten Personen ein temporäres Vetorecht im Beschlussgremium des G-BA. Damit kann die Patientenvertretung einmalig eine Beschlussfassung verhindern und eine weitere Beratung der Thematik des Beschlusses erwirken. Der kann in einer der kommenden Sitzungen des G-BA erneut beschlossen werden. Ein erneut ablehnendes Votum der Patientenvertretung führt nicht zu einer weiteren Hemmung, es sei denn, der Beschlussgegenstand wurde maßgeblich geändert. Eine maßgebliche Änderung könnte eine inhaltliche Erweiterung oder Kürzung von Teilen des Beschlussgegenstandes sein. Die benannten Personen müssen ihr ablehnendes Votum einheitlich abgeben.

### **Zu Nummer 23**

#### **Zu Buchstabe a**

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

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

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

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

### **Zu Buchstabe b**

### **Zu Doppelbuchstabe aa**

Mit der Ergänzung des § 197a Absatz 3b um eine neue Nummer 7 werden die datenschutzrechtlichen Übermittlungsbefugnisse im Zusammenhang ihrer Arbeit für die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen erweitert.

Aufgrund des mit der Regelung des § 132i Absatz 7 SGB V eingeführten Informationsaustausches zwischen Krankenkassen und den für die infektionshygienische Überwachung des Infektionsschutzgesetzes zuständigen Gesundheitsämtern sowie aufgrund der Erfahrungen aus der COVID 19-Pandemie und den damit teilweise verbundenen Abrechnungsverstößen von Testzentren werden nunmehr auch Gesundheitsämter, Heimaufsichten und nach Landesrecht zuständige Gesundheitsbehörden in die organisationsübergreifende Zusammenarbeit bei der Fehlverhaltensbekämpfung einbezogen. Soweit die Gesundheitsämter und die Heimaufsichten bislang fälschlicherweise unter dem Begriff „Leistungserbringer der GKV nach dem SGB V“ subsummiert wurden, sorgt die namentliche Nennung in Nummer 7 zudem für eine Klarstellung.

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

### **Zu Doppelbuchstabe bb**

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

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



Diese Übermittlungsbefugnis nur für den Medizinischen Dienst vorzusehen, greift in der Praxis zu kurz. Deswegen dürfen nunmehr alle in Absatz 3b genannten Stellen personenbezogene Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben erhoben oder an sie übermittelt wurden, an die Einrichtungen nach Absatz 1 übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen durch die Einrichtungen nach Absatz 1 erforderlich ist.

### **Zu Buchstabe c**

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

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

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

Die durch die automatisierte Verarbeitung bei den Krankenkassen identifizierten Verdachtsfälle sind durch Personen zu überprüfen, bevor weitere Maßnahmen eingeleitet werden (Artikel 22 DSGVO).

### **Zu Buchstabe d**

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

Satz 2 gibt einen Katalog wesentlicher Inhalte vor, die das vorzulegende Konzept zu umfassen hat (vgl. Ziffern 1 bis 5). Danach hat das Konzept des GKV-Spitzenverbandes eine Empfehlung zur Zuweisung der Trägerschaft der Datenbank an eine bestimmte Stelle zu beinhalten. Maßgeblich in dem Konzept zu erarbeiten sind zudem grundlegende Empfehlungen, welche Informationen in der Datenbank zu welchem Zweck erfasst werden sollten. Dabei sollen Anforderungen an die Qualität der einzutragenden Hinweise dargestellt werden, zum Beispiel an den erforderlichen Verdachtsgrad und die Umsetzung von Betroffenenrechten, wie zum Beispiel ein Widerspruchsrecht gegen einen Eintrag beschrieben werden. In dem Konzept zu berücksichtigen sind auch Vorschläge, wie die Stellen zur

Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen einen aktiven Zugriff auf die Datenbank erhalten können, um neben dem Lese-Zugriff auch Daten einpflegen zu können. Von Bedeutung für eine spätere Umsetzung des Konzepts ist schließlich die Darstellung datenschutzrechtlicher Hindernisse bei Aufbau und Betrieb einer solchen zentralen bundesweiten Datenbank sowie möglicher Lösungsoptionen wie etwa notwendige gesetzlicher Änderungen.

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

#### **Zu Nummer 24**

#### **Zu Buchstabe b**

##### Zu Satz 1

Der GKV-Spitzenverband trifft gemäß der bisherigen Regelung des § 217f Absatz 4 Entscheidungen zur Organisation des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitswettbewerbs der Krankenkassen und erlässt hierfür insbesondere Rahmenrichtlinien für den Aufbau und die Durchführung eines zielorientierten Benchmarkings der Leitungs- und Qualitätsdaten. Durch die Neufassung von Absatz 4 wird nunmehr in dessen Satz 1 geregelt, dass der GKV-Spitzenverband in diesem Bereich Richtlinien erlässt, die keiner weiteren Konkretisierung bedürfen. Daher kann der Begriff der Rahmenrichtlinie entfallen.

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

##### Zu Satz 2

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

##### Zu Satz 3

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

##### Zu Satz 4

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

Die Richtlinie hat GKV-weit geltende Vorgaben für eine einheitliche Erhebung und Veröffentlichung relevanter Kennzahlen zur Leistungstransparenz und zur Servicequalität der

einzelnen Krankenkassen festzulegen. Dabei muss sichergestellt sein, dass die Vorgaben einheitlich sind und keiner Auslegung der einzelnen Krankenkassen bedürfen.

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

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

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

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

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

Nach Nummer 3 sind Vorgaben für die Erfassung der Anzahl der Widersprüche der Versicherten insgesamt sowie der Anzahl der aus Sicht der Leistungsberechtigten, also der

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

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

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

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

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

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

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

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

Buchstabe c sieht vor, Informationen zu Beratungs- und Unterstützungsangeboten, die die Krankenkassen ihren Versicherten zur Förderung der Patientensicherheit anbieten, zu

erfassen. Insbesondere die Unterstützungsleistungen der Krankenkassen nach § 66 beim Verdacht auf einen Behandlungsfehler sind hierbei zu betrachten, beispielsweise wie hoch der Anteil der mit einem Gutachten näher untersuchten Fälle ist. Geeignet können auch Struktur- und Prozesskriterien sein, die abbilden, wie Patientensicherheit innerhalb der Geschäftsprozesse von Krankenkassen verankert ist.

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

Zu Satz 5

Satz 5 verpflichtet den GKV-Spitzenverband, in der Richtlinie nach Satz 4 Vorgaben für die Bereitstellung und Übermittlung der nicht personenbezogenen Daten der Krankenkassen zu treffen. Die Bereitstellung und Übermittlung der nicht personenbezogenen Daten hat in einer maschinenlesbaren Form zu erfolgen, um eine offene Schnittstelle zu garantieren. Hierdurch soll die Möglichkeit geschaffen werden, perspektivisch die nach Satz 4 in der Richtlinie festgelegten nicht personenbezogenen Daten für Forschungszwecke und zur Nutzung im öffentlichen Interesse zugänglich zu machen mit dem Ziel, die Gesundheitskompetenz zu stärken und die Qualität in der Versorgung zu fördern.

Zu Satz 6

Satz 6 enthält die Ermächtigungsgrundlage für das BMG zum Erlass einer Rechtsverordnung für den Fall, dass der GKV-Spitzenverband die Vorgaben des Satzes 4 nicht oder nicht vollständig in der vorgegebenen Frist umsetzt. Ferner wird geregelt, dass die Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates erlassen werden kann.

Zu Satz 7

Gemäß Satz 7 werden die Krankenkassen verpflichtet, auf der Grundlage der Festlegungen nach Satz 5 bis zu einem in der Richtlinie festzulegenden Zeitpunkt die für die Umsetzung der Richtlinie erforderlichen, nicht personenbezogenen Daten an den GKV-Spitzenverband zu übermitteln. Die Datenlieferung hat in einem jährlichen Rhythmus zu erfolgen.

Zu Satz 8

Satz 8 regelt, dass der GKV-Spitzenverband auf der Grundlage der Daten nach Satz 7 für die Kennzahlen nach Satz 4 Nummer 1 bis 5 den jeweiligen GKV-weiten Mittelwert sowie die jeweilige Spanne zwischen den Krankenkassen ermittelt. Hierdurch wird eine versichererfreundliche Vergleichbarkeit der erhobenen Daten sichergestellt.

Zu Satz 9

Der GKV-Spitzenverband wird in Satz 9 verpflichtet, die ihm nach Satz 7 von den Krankenkassen übermittelten, nicht versichertenbezogenen Daten sowie die nach Satz 8 ermittelten Daten in geeigneter Form aufzubereiten und auf einer digitalen und interaktiven Plattform zu veröffentlichen. Die Darstellung sowie die Erläuterungen haben in einer für die Versicherten verständlichen und barrierefreien Form und Sprache zu erfolgen. Die

Veröffentlichung hat erstmals für das Berichtsjahr 2025 zu erfolgen, danach jährlich. Die Kosten der Plattform hat der GKV-Spitzenverband zu tragen. Durch die Schaffung einer transparenten, nutzerfreundlichen und barrierefreien Vergleichsmöglichkeit der Service- und Leistungskennzahlen aller Krankenkassen wird sichergestellt, dass den Versicherten zeitnah und regelmäßig aktuelle Informationen über die Servicequalität und die Leistungstransparenz der Krankenkassen vorliegen.

#### Zu Satz 10

Um dem Gedanken einer möglichst weitreichenden Transparenz nachzukommen, sind die Krankenkassen verpflichtet, bei krankenkassenindividuellen Veröffentlichungen der Kennzahlen nach Satz 4 ihre Versicherten auf die Plattform nach Satz 9 hinzuweisen. Davon umfasst sind insbesondere die von einigen Krankenkassen bereits veröffentlichten Transparenzberichte und die entsprechenden Internetseiten der Krankenkassen. Davon unbenommen können die Krankenkassen in ihren kassenindividuellen Veröffentlichungen neben ihren krankenkassenindividuellen Kennzahlen auch den GKV-weiten Mittelwert sowie die Spanne zwischen den Krankenkassen darstellen, um eine versichertenfreundliche Vergleichbarkeit der erhobenen Daten auch in ihren Publikationen zu ermöglichen.

#### Zu Satz 11

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

#### Zu Satz 12

Zur Sicherstellung der Qualität des Verfahrens hat der GKV-Spitzenverband auf seine Kosten eine fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtung oder eine Sachverständige beziehungsweise einen Sachverständigen mit der externen Evaluation der Richtlinie nach Satz 4 sowie ihrer Umsetzung zu beauftragen. Hierdurch soll gewährleistet werden, dass die Festlegung der Kennzahlen sachgerecht, der Aufbau der Plattform zweckmäßig und die Gestaltung der Veröffentlichung der Kennzahlen zur Servicequalität und zur Leistungstransparenz der Krankenkassen verständlich, vergleichbar und aussagekräftig für die Versicherten ist. Die Ergebnisse der Evaluation hat der GKV-Spitzenverband dem BMG innerhalb von drei Jahren nach erstmaliger Veröffentlichung der Kennzahlen auf der in Satz 9 normierten, digitalen und interaktiven Plattform vorzulegen. Dieser Zeitraum stellt sicher, dass ausreichend Daten für die Evaluation vorliegen und sich das Nutzungsverhalten der Versicherten bei der Inanspruchnahme der Plattform darstellen lässt.

#### **Zu Nummer 25**

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

Für Versicherungspflichtige nach § 5 Absatz 1 Nummer 1 bestimmt § 226 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3, dass der Zahlbetrag der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung und der der Rente vergleichbaren Einnahmen (Versorgungsbezüge) der Beitragsbemessung zugrunde zu legen ist.

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

### **Zu Nummer 26**

Um die Finanzkontrolle im Gesundheitsbereich zu stärken, wird dem Bundesrechnungshof mit dem neuen Satz 2 ein Prüfrecht auch gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen und deren Bundesvereinigungen, den Medizinischen Diensten, dem Medizinischen Dienst Bund sowie dem G-BA eingeräumt.

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

Die früheren Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und der Medizinische Dienst des GKV-Spitzenverbands unterlagen nach altem Recht aufgrund ihrer organisatorischen Zugehörigkeit zu den Krankenkassen beziehungsweise zum GKV-Spitzenverband dem Prüfrecht des Bundesrechnungshof nach § 274 Absatz 4 SGB V. Mit der MDK-Reform (Gesetz für bessere und unabhängige Prüfungen- MDK-Reformgesetz, in Kraft seit dem 1. Januar 2020), wurden sie zu eigenständigen Körperschaften des öffentlichen Rechts und fielen so aus dem Anwendungsbereich des § 274 Absatz 4 SGB V heraus. Da ihre Finanzierung aber weiterhin aus Kassenmitteln einschließlich von Mitteln nach § 221 SGB V erfolgt, ist nunmehr die ausdrückliche Erstreckung der Prüfrechte des Bundesrechnungshofs auf die Medizinischen Diensten und den Medizinischen Dienst Bund angezeigt.

### **Zu Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

#### **Zu Nummer 1**

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

#### **Zu Nummer 2**

Nach § 37 Absatz 3 Satz 1 haben Pflegebedürftige, die ausschließlich Pflegegeld beziehen, halbjährlich – bei Pflegegrad 2 und 3 – bzw. vierteljährlich – bei Pflegegrad 4 und 5 – eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit abzurufen. Diese Beratung dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und somit dem Schutz der pflegebedürftigen Person. Gleichzeitig dient die Beratung der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegfachlichen Unterstützung der Pflegepersonen.

Während der COVID-19-Pandemie bestand die befristete Möglichkeit, die Beratung telefonisch, digital oder per Videokonferenz durchzuführen, wenn die pflegebedürftige Person dies wünschte. Diese Möglichkeit ist von den Pflegebedürftigen und ihren Pflegepersonen

gut angenommen worden. Gleichzeitig ist die Forderung erhoben worden, diese Möglichkeit in das Dauerrecht zu übernehmen. Diese Forderung wurde insofern mit dem Pflegebonusgesetz vom 28. Juni 2022 aufgegriffen, als in Absatz 3 Satz 4 die Regelung aufgenommen wurde, dass auf Wunsch der pflegebedürftigen Person im Zeitraum vom 1. Juli 2022 bis einschließlich 30. Juni 2024 jede zweite Beratung per Videokonferenz erfolgt. Wegen der wichtigen Bedeutung der Beratung für die Pflegebedürftigen und ihre Pflegepersonen gilt die Regelung zunächst befristet bis zum 30. Juni 2024.

Gemäß § 7a Absatz 9 Satz 1 hat der GKV-Spitzenverband dem BMG im Juni 2023 einen Bericht zur Pflegeberatung nach § 7a sowie zur Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 vorgelegt. Dieser beinhaltet jedoch kaum Aussagen zur Durchführung der Beratung per Videokonferenz. Dies liegt daran, dass der Bericht die Beratung nach § 37 Absatz 3 insbesondere zur Zeit der COVID-19-Pandemie untersucht. Die während der Pandemie bestehende Möglichkeit, die Beratung telefonisch durchführen zu lassen, wurde vielfach genutzt, nicht jedoch die Möglichkeit der Beratung per Videokonferenz. Eine Entscheidung über eine Entfristung der Regelung ist auf Grundlage des Berichts mithin derzeit nicht möglich, sondern es bedarf einer Verlängerung der Evaluationsfrist.

Die Befristung wird bis zum 31. März 2027 verlängert. Der nächste Bericht gemäß § 7a Absatz 9 ist zum 30. Juni 2026 vorzulegen. Es ist davon auszugehen, dass dieser nähere Ausführungen zur Beratung per Videokonferenz enthalten wird. Denn in den kommenden Jahren werden immer mehr Pflegebedürftige von der Möglichkeit, jede zweite Beratung per Videokonferenz durchführen zu lassen, erfahren und diese Möglichkeit voraussichtlich nutzen. Die Verlängerung ermöglicht insbesondere auch, Pflegebedürftige mit Pflegegrad 2 und 3 in die Auswertung einzubeziehen. Denn bei diesen kann nur eine Beratung im Jahr per Videokonferenz erfolgen und dies auch nur, wenn die pflegebedürftige Person dies wünscht.

Nach Auswertung des im Sommer 2026 vorzulegenden Berichts ist darüber zu entscheiden, ob die Regelung zu entfristen ist.

### **Zu Nummer 3**

Mit der Ergänzung des § 47a Absatz 3 Satz 1 um eine neue Nummer 6 werden die datenschutzrechtlichen Übermittlungsbefugnisse im Zusammenhang mit der Arbeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen erweitert. Es handelt sich um Parallelnorm zu der mit diesem Gesetz eingefügten Vorschrift des § 197b Absatz 3b Nummer 7 SGB V.

### **Zu Nummer 4**

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

Soweit § 217f Absatz 4 des Fünften Buches auf Leistungsbereiche abstellt, sind im Bereich der Langzeitpflege insbesondere die Leistungen nach dem Vierten Kapitel gemeint. Sofern infolge eines Antrags auf eine der Leistungen eine Begutachtung zur Einstufung in einen Pflegegrad seitens der Pflegekasse beauftragt beziehungsweise durch den Medizinischen



Dienst oder andere unabhängige Gutachterinnen und Gutachter durchgeführt wird, ist bei der Darstellung der Bearbeitungsdauer zwischen Fällen mit einer 25-Arbeitstage-Frist nach § 18c Absatz 1 Satz 1 und Fällen, in denen eine verkürzte Begutachtungsfrist nach § 18a Absatz 5 und 6 gilt, zu unterscheiden. Zudem ist hier zwischen der Bearbeitungsdauer von Anträgen, die eine erstmalige Einstufung in einen Pflegegrad, und solchen, die eine Höherstufung des Pflegegrades beinhalten, zu differenzieren.

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

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

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

Demnach sind Durchführung und Inanspruchnahme der Pflegeberatung nach § 7a darzustellen. Die Darstellung der Durchführung der Beratung soll sich mit darauf beziehen, welche Kapazitäten die Pflegekassen hierfür vorhalten. Die Darstellung der Kapazitäten ist dabei mindestens bezogen auf die Anzahl der bei der Pflegekasse Versicherten sowie bezogen auf die Anzahl der bei der Pflegekasse versicherten pflegebedürftigen Personen vorzunehmen.

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

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

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

### **Zu Nummer 5**

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

### **Zu Artikel 3 (Änderung der Bundeshaushaltsordnung)**

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

### **Zu Artikel 4 (Änderung des Arzneimittelgesetzes)**

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

### **Zu Artikel 5 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)**

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

### **Zu Artikel 6 (Inkrafttreten)**

Das Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.