

Referentenentwurf

des Bundesministeriums für Gesundheit

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune

(Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG)

A. Problem und Ziel

Nicht überall in Deutschland haben Menschen die gleichen Chancen, ihre Ansprüche auf Beratung, auf Vermittlung von Angeboten der Prävention und der medizinischen Versorgung sowie auf unbürokratische Hilfe bei der Klärung sozialversicherungsrechtlicher Fragestellungen zu verwirklichen. Insbesondere in Regionen und Stadtteilen mit einem hohen Anteil an sozial benachteiligten Personen oder in strukturell benachteiligten Regionen können Defizite und ein besonderer Unterstützungsbedarf bestehen. Daher zielt der Gesetzesentwurf darauf ab, die Gesundheitsversorgung vor Ort in den Kommunen zu stärken und dabei gleichzeitig die individuelle Gesundheitskompetenz zu erhöhen. Insgesamt erhalten die Kommunen mehr Möglichkeiten, auf die vor Ort bestehenden Bedarfe im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung zu reagieren.

Mit Hilfe von niedrigschwelligen Beratungsangeboten für Prävention und Behandlung, sogenannten Gesundheitskiosken, sollen in den vorbenannten Regionen und Stadtteilen aufsuchenden Personen unabhängig vom Versichertenstatus allgemeine Beratungs- und Unterstützungsleistungen angeboten werden, etwa zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Präventionsangeboten. Die Ratsuchenden sollen zudem bei der Vermittlung von Terminen oder konkreten Leistungsangeboten unterstützt werden.

Zur Stärkung einer regional vernetzten, kooperativen Gesundheitsversorgung werden für Kommunen und Krankenkassen neue Möglichkeiten eröffnet, Gesundheitsregionen zu bilden. Darüber soll es gelingen, regionale Defizite der Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Versorgung zu beheben. Auch soll über entsprechende Gesundheitsregionenverträge die Zusammenarbeit an Schnittstellen und der Zugang zur regionalen Versorgung verbessert werden können.

Mit dem Ziel, den Herausforderungen in der hausärztlichen Versorgung insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Regionen zu begegnen und den besonderen Bedürfnissen älterer und multimorbider Patientinnen und Patienten gerecht zu werden, sollen Primärversorgungszentren etabliert werden. Sie sollen als attraktive Beschäftigungsmöglichkeit für Hausärztinnen und Hausärzte auch die Bereitschaft zur Niederlassung in diesen Regionen steigern.

Außerdem soll die Teilnahme an hausarztzentrierter Versorgung durch Bonusleistungen der Krankenkassen gefördert werden.

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.

Die gesundheitliche Versorgung der alternden Bevölkerung ist auch künftig auf gut qualifiziertes Gesundheitspersonal in ausreichender Zahl angewiesen. Das gilt in besonderem Maße auch für die Versorgung durch Ärztinnen und Ärzte. Bis Ende der 2030er Jahre werden geschätzt bis zu 140.000 aller heute berufstätigen Ärztinnen und Ärzte und bis zu 80.000 Ärztinnen und Ärzte aus dem vertragsärztlichen Bereich altersbedingt aus dem Beruf ausscheiden. Hinzu kommen Veränderungen der Anforderungen an die Arbeitswelt mit zunehmend ausgeprägtem Interesse gerade der jüngeren Generation an flexiblen und familienfreundlichen Arbeitszeitmodellen. Trotz der in den letzten Jahren durch die Länder erhöhten Studienkapazitäten im Fach Humanmedizin ist es zur Vorbeugung von Engpässen in der Versorgung und zur Deckung der künftigen Bedarfe an Ärztinnen und Ärzten notwendig, die Zahl der Studienplätze im Fach Humanmedizin darüber hinaus deutlich zu erhöhen.

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.

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 Rentenzahlungsbetrages 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 größeren werdenden Problemen bei der Nachbesetzung hausärztlicher Arztsitze. 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.

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-WStG) 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 Bundesministerium für Gesundheit (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

In Regionen und Stadtteilen mit einem hohen Anteil an sozial benachteiligten Personen oder in strukturell benachteiligten Regionen können niedrigschwellige Beratungsangebote für Behandlung und Prävention etabliert werden. Es werden sogenannte Gesundheitskioske im Zusammenwirken von Kommune und GKV unter Beteiligung der privaten Krankenversicherung errichtet. Das Initiativrecht liegt bei den Kommunen. Um insbesondere die Besonderheiten vor Ort besser berücksichtigen zu können, ist für die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie die Kommune bei der Errichtung der Gesundheitskioske ein Gestaltungsspielraum gegeben. So können die Gesundheitskioske neu errichtet, aber auch in bereits bestehenden Räumlichkeiten, beispielsweise der Kommune, etabliert werden. Auch können die Kioske als mobile Leistungsorte, etwa in Bussen, betrieben werden. Die Kioske werden in die bereits vor Ort bestehenden Strukturen eingebettet, etwa über eine enge Zusammenarbeit mit anderen Akteuren im Gesundheitswesen.

Über die Einzelheiten zur Errichtung eines Gesundheitskiosks schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen mit dem Kreis oder einer kreisfreien Stadt im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. einen Vertrag.

Insgesamt wird es mithilfe der Gesundheitskioske gelingen, die individuelle Gesundheitskompetenz insbesondere von Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf zu erhöhen und die organisationale Gesundheitskompetenz in der medizinischen Versorgung zu stärken.

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen können gemeinsam und einheitlich mit einer oder mehreren Kommunen auf deren Antrag einen Gesundheitsregionenvertrag schließen. Über solche Verträge können regionale Aspekte stärker betont und Kommunen aufgrund ihrer Verantwortung für die Daseinsvorsorge besser eingebunden werden. Ein Gesundheitsregionenvertrag stellt eine alternative Organisation der Regelversorgung ohne Einschreibepflicht der Versicherten – und damit anders als zum Beispiel in § 140a Absatz 4 SGB V – und mit Beibehaltung der freien Arzt- und Leistungserbringerwahl dar. Beim Aufbau einer Gesundheitsregion sollen die gewachsenen Strukturen berücksichtigt und, wenn möglich, alle in der Region in der Gesundheitsversorgung Tätigen sowie entsprechende Beratungsangebote mit einbezogen werden.

Im neuen § 73a SGB V wird die Rechtsgrundlage für die Errichtung von Primärversorgungszentren geschaffen. Sie bieten neben der regulären hausärztlichen Versorgung ein besonderes hausärztliches Versorgungsangebot, das insbesondere den besonderen medizinischen Bedürfnissen älterer und multimorbider Patientinnen und Patienten entspricht. Primärversorgungszentren kooperieren hierfür einerseits mit einem in erreichbarer Nähe liegenden Gesundheitskiosk oder der jeweiligen Kommune und andererseits mit anderen Fachärztinnen und Fachärzten sowie weiteren nichtärztlichen Leistungserbringern.

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.

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 Einvernehmenserfordernis 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.

Es wird darüber hinaus die Möglichkeit geschaffen, die Länder ab dem Jahr 2026 aus Mitteln der GKV bei der Bereitstellung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten finanziell zu unterstützen.

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.

Durch die Untersagung eines Wechsels aus der privaten Krankenversicherung in die Familienversicherung für solche Personen, die nur aufgrund des Absinkens 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.

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 Datenübermittlungsbefugnisse 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.

Die Teilnahme an der Förderung zusätzlicher Medizinstudienplätze aus Mitteln der GKV ist für die Länder freiwillig, so dass denjenigen, die hieran nicht teilnehmen, aus der Regelung keine Mehrausgaben entstehen. Für teilnehmende Länder sind zusätzliche Haushaltsausgaben mit der Regelung zur Förderung zusätzlicher Medizinstudienplätze verbunden, da sie in Eigenleistung geschaffene Studienplätze als Grundlage der Förderung zusätzlicher Studienplätze nachweisen müssen. Die Höhe richtet sich insbesondere nach der Ausbaugeschwindigkeit der Studienplätze, welche nicht letztgültig abgeschätzt werden kann. Insgesamt ist für das Jahr 2026 von Haushaltsausgaben für die Länder in Höhe eines niedrigen bis mittleren zweistelligen Millionenbetrages auszugehen, der durch die steigende Zahl von Studierendenkohorten in verschiedenen Abschnitten des Studiums in der Folge aufwächst und frühestens im Jahr 2031 ein Maximum von einem niedrigen bis mittleren dreistelligen Millionenbetrag erreicht.

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.

Mit der Regelung zur Förderung zusätzlicher Medizinstudienplätze aus GKV-Mitteln sind zusätzliche Haushaltsausgaben für die GKV verbunden. Deren Höhe richtet sich nach der Inanspruchnahme der Fördermittel durch die Länder und der Ausbaugeschwindigkeit im Bereich der durch die Länder in Eigenleistung geschaffenen sowie der zusätzlichen Studienplätze, welche nicht letztgültig eingeschätzt werden können. Je nach Inanspruchnahme ist für das Jahr 2026 von Haushaltsausgaben in Höhe eines mittleren zweistelligen bis maximal eines niedrigen dreistelligen Millionenbetrages entsprechend der Regelung in § 271 Absatz 6a SGB V (neu) auszugehen. Durch die aufwachsende Zahl von Studierendenkohorten in verschiedenen Abschnitten des Studiums wächst dieser Betrag in der Folge auf und wird frühestens im Jahr 2031 den Wert von maximal 660 Millionen Euro pro Jahr erreichen.

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 Minder Ausgaben 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

Die vorgesehene Vertragsschließung über die Errichtung eines Gesundheitskiosks führt bei dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. abhängig von dem Ablauf der Vertragsverhandlungen zu einem einmaligen Erfüllungsaufwand je Gesundheitskiosk in Höhe von etwa 13.000 Euro. Es ist davon auszugehen, dass dieser Erfüllungsaufwand mit einer steigenden Anzahl an Verträgen abnimmt.

Die Gesundheitskioske stehen allen Personen unabhängig vom Versichertenstatus zur Verfügung. Entsprechend übernehmen die privaten Krankenversicherungsunternehmen 5,5 Prozent der Kosten in Höhe von insgesamt rund 400.000 Euro, die jährlich für die Errichtung und den Betrieb eines Gesundheitskiosks anfallen. Das entspricht einer jährlichen Beteiligung in Höhe von rund 22.000 Euro pro Gesundheitskiosk. Die Aufwendungen der privaten Krankenversicherungsunternehmen werden vom Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. durch eine Umlage auf Bundesebene entsprechend dem Anteil der jeweiligen Versicherten erhoben. Die Gesamtkosten für die privaten Versicherungsunternehmen sind von der Anzahl der Kioske abhängig. Einer ersten Schätzung zufolge könnten im Jahr 2025 deutschlandweit rund 30 Gesundheitskioske, im Jahr 2026 insgesamt etwa 60

Gesundheitskioske, im Jahr 2027 rund 120 Gesundheitskioske und im Jahr 2028 etwa 220 Gesundheitskioske errichtet sein. Das entspricht bei jährlichen Gesamtkosten in Höhe von rund 22.000 Euro pro Gesundheitskiosk für die privaten Krankenversicherungsunternehmen einem Erfüllungsaufwand von circa 660.000 Euro im Jahr 2025, 1.320.000 Euro im Jahr 2026, 2.640.000 Euro im Jahr 2027 und 4.840.000 Euro im Jahr 2028.

Über die Leistungen der Gesundheitskioske können sich für die privaten Versicherungsunternehmen mittel- und langfristig Minderausgaben ergeben.

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, entstünde 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 Videodienstanbieter 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, entstünde 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 durch die aufsichtsrechtliche Prüfung der Beschlüsse zur Anpassung des EBM sowie durch die Festlegung von Vorgaben für die Evaluation durch den Bewertungsausschuss nach § 73a Absatz 6 SGB V ein einmaliger Erfüllungsaufwand von rund 1.000 Euro.

Darüber hinaus entsteht für den Bund, hier das BMG, 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.

Für die Länder entsteht kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand.

Die vorgesehene Vertragsschließung über die Errichtung eines Gesundheitskiosks führt bei der Verwaltung der Kommune abhängig von dem Ablauf der Vertragsverhandlungen zu einem einmaligen Erfüllungsaufwand je Gesundheitskiosk in Höhe von rund 10.000 Euro. Es ist davon auszugehen, dass dieser Erfüllungsaufwand mit einer steigenden Anzahl an Verträgen abnimmt. Der Erfüllungsaufwand fällt nur an, wenn die entsprechende Kommune von ihrem Initiativrecht zur Einrichtung eines Gesundheitskiosks Gebrauch macht.

Die für den Betrieb der Gesundheitskioske und die dort erbrachten Leistungen erforderlichen Aufwendungen sind von den Kommunen zu 20 Prozent anteilig zu tragen. Pro Jahr fallen Kosten in Höhe von rund 400.000 Euro für den Betrieb eines Gesundheitskiosks an. Diese setzen sich aus rund 75 Prozent für Personalausgaben und rund 25 Prozent für Sachausgaben zusammen. Demnach entstehen für die Kreise und kreisfreien Städte pro Gesundheitskiosk jährlich Kosten in Höhe von rund 80.000 Euro. Die Gesamtkosten für die Kommunen sind von der Anzahl der Kioske abhängig. Einer ersten Schätzung zufolge könnten im Jahr 2025 deutschlandweit rund 30 Gesundheitskioske, im Jahr 2026 insgesamt etwa 60 Gesundheitskioske, im Jahr 2027 insgesamt rund 120 Gesundheitskioske und im Jahr 2028 insgesamt etwa 220 Gesundheitskioske errichtet sein. Das entspricht bei jährlichen Gesamtkosten in Höhe von rund 80.000 Euro pro Gesundheitskiosk für die Kommunen einem Erfüllungsaufwand von circa 2.400.000 Euro im Jahr 2025, 4.800.000 Euro im Jahr 2026, 9.600.000 Euro im Jahr 2027 und 17.600.000 Euro im Jahr 2028.

Der Abschluss eines Gesundheitsregionenvertrages führt bei der Verwaltung der Kommune abhängig von dem Ablauf der Vertragsverhandlungen zu einem einmaligen Erfüllungsaufwand in Höhe von insgesamt rund 10.000 Euro.

Die Kommunen tragen 50 Prozent der Investitions- und Betriebskosten, die für die Organisation beziehungsweise das Management einer Gesundheitsregion anfallen. Insgesamt ist hier von einem Betrag in Höhe von jährlich rund 150.000 Euro auszugehen. Pro Jahr fallen demnach Kosten in Höhe von rund 75.000 Euro für die Kommune beziehungsweise die

Kommunen an. Die Gesamtsumme setzt sich aus rund 75 Prozent für Personalausgaben und rund 25 Prozent für Sachausgaben zusammen. Die jährlichen Gesamtkosten für die Kommunen sind von der Anzahl der errichteten Gesundheitsregionen abhängig. Einer ersten Schätzung zufolge könnten im Jahr 2025 deutschlandweit rund 40 Gesundheitsregionen, im Jahr 2026 insgesamt etwa 70 Gesundheitsregionen, im Jahr 2027 insgesamt rund 120 Gesundheitsregionen und im Jahr 2028 insgesamt etwa 200 Gesundheitsregionen etabliert sein. Das entspricht bei jährlichen Gesamtkosten in Höhe von rund 75.000 Euro pro Gesundheitsregion für die Kommunen einem Erfüllungsaufwand in Höhe von 3.000.000 Euro im Jahr 2025, 5.250.000 Euro im Jahr 2026, 9.000.000 Euro im Jahr 2027 und 15.000.000 Euro im Jahr 2028.

Der vorgesehene Abschluss von Kooperationsvereinbarungen zwischen Primärversorgungszentren und Kommunen (sofern örtlich kein Gesundheitskiosk besteht), führt bei der Verwaltung der betroffenen Kommunen zu einem einmaligen Erfüllungsaufwand je Primärversorgungszentrum, der voraussichtlich jeweils im unteren fünfstelligen Euro-Bereich liegen wird. Wie viele Primärversorgungszentren errichtet werden, ist derzeit noch nicht absehbar.

Durch die vorgesehene Kooperation von Kommunen mit Primärversorgungszentren (sofern örtlich kein Gesundheitskiosk besteht) können den Kommunen zusätzliche Kosten entstehen. Diese sind derzeit nicht bezifferbar, da nicht absehbar ist, wie viele Primärversorgungszentren errichtet werden und wie die individuell zu vereinbarenden Kooperationen ausgestaltet werden.

2. GKV und soziale Pflegeversicherung

Durch die vorgesehene Vertragsschließung über die Errichtung eines Gesundheitskiosks entsteht bei den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen insgesamt ein einmaliger Erfüllungsaufwand je Gesundheitskiosk in Höhe von etwa 32.000 Euro. Es ist davon auszugehen, dass dieser Erfüllungsaufwand mit einer steigenden Anzahl an Verträgen abnimmt.

Der von der GKV zu tragende Anteil beträgt 74,5 Prozent der Kosten in Höhe von jährlich insgesamt rund 400.000 Euro pro Gesundheitskiosk. Für einen Gesundheitskiosk fallen jährlich entsprechend Kosten in Höhe von rund 300.000 Euro für die GKV an. Die Aufwendungen der GKV werden dabei von den Landesverbänden der Krankenkassen und von den Ersatzkassen durch eine Umlage gemäß dem Anteil ihrer eigenen Versicherten gemessen an der Gesamtzahl der Versicherten aller Krankenkassen im jeweiligen Land erhoben. Die Gesamtkosten für die GKV sind von der Anzahl der Kioske abhängig. Einer ersten Schätzung zufolge könnten im Jahr 2025 deutschlandweit rund 30 Gesundheitskioske, im Jahr 2026 insgesamt etwa 60 Gesundheitskioske, im Jahr 2027 insgesamt rund 120 Gesundheitskioske und im Jahr 2028 insgesamt etwa 220 Gesundheitskioske errichtet sein. Das entspricht bei jährlichen Kosten in Höhe von rund 300.000 Euro pro Gesundheitskiosk für die GKV einem Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 9.000.000 Euro im Jahr 2025, 18.000.000 Euro im Jahr 2026, 36.000.000 Euro im Jahr 2027 und 66.000.000 Euro im Jahr 2028.

Über die Leistungen der Gesundheitskioske in den Bereichen Gesundheitsförderung sowie Prävention und die Beratungsleistungen ergeben sich für die GKV mittel- und langfristige Minderausgaben.

Der Abschluss eines Gesundheitsregionenvertrages führt bei den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen abhängig von dem Ablauf der Vertragsverhandlungen zu einem einmaligen Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 32.000 Euro.

Der von der GKV zu tragende Anteil der Investitions- und Betriebskosten, der für die Organisation beziehungsweise das Management einer Gesundheitsregion vorgesehen ist,

beträgt 50 Prozent der Kosten in Höhe von jährlich insgesamt 150.000 Euro. Pro Jahr fallen demnach Kosten in Höhe von rund 75.000 Euro je Gesundheitsregion für die GKV an. Die Gesamtsumme setzt sich aus rund 75 Prozent für Personalausgaben und rund 25 Prozent für Sachausgaben zusammen. Einer ersten Schätzung zufolge könnten im Jahr 2025 deutschlandweit rund 40 Gesundheitsregionen, im Jahr 2026 insgesamt etwa 70 Gesundheitsregionen, im Jahr 2027 insgesamt rund 120 Gesundheitsregionen und im Jahr 2028 insgesamt etwa 200 Gesundheitsregionen etabliert sein. Das entspricht bei jährlichen Kosten in Höhe von rund 75.000 Euro pro Gesundheitsregion für die GKV einem Erfüllungsaufwand von rund 3.000.000 Euro im Jahr 2025, 5.250.000 Euro im Jahr 2026, 9.000.000 Euro im Jahr 2027 und 15.000.000 Euro im Jahr 2028.

Die Bildung einer Gesundheitsregion zielt unter anderem darauf ab, regionale Defizite der Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Versorgung zu beheben, Schnittstellen zu überwinden oder den Zugang zur regionalen Versorgung zu verbessern. Dadurch können etwa Krankheiten und Folgeerkrankungen vermieden und die Prävention gestärkt werden. Das wird mittel- und langfristig zu Minderausgaben für die GKV führen.

Durch die vorgesehene Vertragsschließung der Bundesmantelvertragspartner zur näheren Ausgestaltung der Primärversorgungszentren sowie für die auf dieser Grundlage vorzunehmende Überprüfung und Anpassung des EBM im Bewertungsausschuss entsteht bei dem GKV-Spitzenverband ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 10.000 Euro, der sich aus 150 Arbeitsstunden bei einem durchschnittlichen Stundensatz in Höhe von 66,20 Euro zusammensetzt.

Durch die Anpassung des EBM im Hinblick auf die Vergütung nichtärztlicher Leistungen, die in den Primärversorgungszentren erbracht werden, können der GKV Mehrausgaben entstehen. Diese Mehrausgaben lassen sich derzeit nicht beziffern, da die Anpassung der Vergütung maßgeblich davon abhängig ist, welche Einzelheiten und Anforderungen für die besondere hausärztliche Versorgung durch die Bundesmantelvertragspartner vereinbart werden und wie viele Primärversorgungszentren gegründet werden.

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 Regressbeträge gegenüber.

Der dem GKV-Spitzenverband unter anderem für die Prüfung der Fördermittelanträge aus dem Medizinstudienplätze-Förderfonds entstehende Erfüllungsaufwand wird vollständig aus den von der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds für den Medizinstudienplätze-Förderfonds zur Verfügung zu stellenden Mitteln gedeckt.

Die Verfahrensvereinfachung im Rahmen der Prüfung 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, 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 Hilfsmittelanträge 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) bei circa 0,2 Mio. Euro jährlich liegen.

3. Sonstige

Den Kassenärztlichen Vereinigungen ist bei Verträgen zur Errichtung von Gesundheitskiosken Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Dadurch entsteht diesen je Vertrag einmalig ein geringer Erfüllungsaufwand.

Durch die vorgesehene Vertragsschließung der Bundesmantelvertragspartner zur näheren Ausgestaltung der Primärversorgungszentren sowie für die auf dieser Grundlage vorzunehmende Überprüfung und Anpassung des EBM im Bewertungsausschuss entsteht bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 10.000 Euro, der sich aus 150 Arbeitsstunden bei einem durchschnittlichen Stundensatz von 66,20 Euro zusammensetzt.

Beim Bewertungsausschuss werden alle drei Jahre rund 200 Arbeitsstunden notwendig, um der Berichtspflicht gegenüber dem BMG nach § 73a Absatz 6 Satz 2 SGB V nachzukommen, was bei einem Stundensatz von 66,20 Euro einem Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 13.000 Euro entspricht.

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 es sich um notwendige Klarstellungen der Ermächtigungsgrundlagen für diese Regelungen, die zudem optional gestaltet sind.

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

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

Der dem Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) für die Verwaltung der Mittel des Medizinstudienplätze-Förderfonds entstehende Erfüllungsaufwand wird vollständig aus den von der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds für den Medizinstudienplätze-Förderfonds zur Verfügung zu stellenden Mitteln gedeckt.

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 Versorgungseleistungen 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 Prüfformen 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. Nach § 65f wird folgender § 65g eingefügt:

„§ 65g

Gesundheitskioske

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen schließen gemeinsam und einheitlich mit einem oder mehreren Kreisen oder einer oder mehreren kreisfreien Städten auf deren Verlangen im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. einen Vertrag über die Errichtung eines oder mehrerer niedrigschwelliger Beratungsangebote in Regionen und Stadtteilen mit einem hohen Anteil an sozial benachteiligten Personen oder einer strukturell benachteiligten Region (Gesundheitskiosk). Der Gesundheitskiosk ist eine Einrichtung, die insbesondere zu medizinischen Behandlungsmöglichkeiten, Möglichkeiten der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention (Prävention), Angeboten der Gesundheitsförderung sowie sozialen Versorgungsangeboten berät. Die privaten Krankenversicherungsunternehmen beteiligen sich an den Gesundheitskiosken nach Satz 1. Das Nähere zur Durchführung der Beratungsangebote mit Wirkung für die privaten Krankenversicherungsunternehmen regelt der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. Weitere Leistungsträger im Sinne des § 12 Satz 1 des Ersten Buches können sich beteiligen soweit Leistungen der Gesundheitsversorgung betroffen sind. Die Verpflichtung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen sowie der privaten Krankenversicherungsunternehmen nach den Sätzen 1 und 3 besteht nur, wenn sich der jeweilige Kreis oder die jeweilige kreisfreie Stadt an der Beratung und an der Finanzierung beteiligen und der Gesundheitskiosk eine Zusammenarbeit mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst gewährleistet.

(2) Aufgaben der Gesundheitskioske können insbesondere sein:

1. die Erbringung von Leistungen der allgemeinen Beratung und Unterstützung bei der medizinischen und präventiven Bedarfsermittlung,
2. die Beratung zu sowie die Empfehlung und Vermittlung von Leistungen zur Prävention, zur Gesundheitsförderung sowie die Anleitung zu ihrer Inanspruchnahme; § 20 Absatz 5 Satz 2 gilt entsprechend,
3. die Beratung zu und die Vermittlung von Leistungen zur medizinischen Behandlung einschließlich ambulanter telemedizinischer Leistungen, die Anleitung zu ihrer Inanspruchnahme und die Koordinierung der erforderlichen Gesundheitsleistungen,

4. die Unterstützung bei der Klärung gesundheitlicher und damit verbundener sozialer Angelegenheiten,
5. die Durchführung von Informationsveranstaltungen zu Gesundheitsthemen mit dem Ziel, die Gesundheitskompetenz der aufsuchenden Personen dauerhaft zu verbessern,
6. die Bildung eines sektorenübergreifenden Gesundheitsnetzwerks,
7. die Durchführung einfacher medizinischer Routineaufgaben im Rahmen ärztlicher Delegation.

Die Leitung des Gesundheitskiosks übernimmt eine Pflegefachkraft. Soweit im Einzelfall der Bedarf einer Beratung zur Pflege besteht, ist auf die Pflegestützpunkte und die Beratungsangebote der Pflegekassen hinzuweisen. Das Angebot der Gesundheitskioske steht allen Personen unabhängig von ihrem Versichertenstatus zur Verfügung und ist bei Bedarf fremdsprachig zu erbringen.

(3) Die Einzelheiten zur Errichtung, Organisation und Aufgabenerfüllung der Gesundheitskioske, zum Einsatz von Finanzmitteln und zur Zusammenarbeit mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst sind in den Verträgen nach Absatz 1 Satz 1 zu regeln. Dabei sind die Belange von Menschen mit Behinderung zu berücksichtigen. Den Kassenärztlichen Vereinigungen ist vor Abschluss eines Vertrags Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die für den Betrieb des Gesundheitskiosks und die Erbringung seiner Leistungen erforderlichen Aufwendungen werden von den Beteiligten wie folgt anteilig getragen:

1. zu 74,5 Prozent von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen,
2. zu 20 Prozent von den beteiligten Kreisen und kreisfreien Städten und
3. zu 5,5 Prozent von den privaten Krankenversicherungsunternehmen.

Die Aufwendungen der gesetzlichen Krankenversicherung werden von den Landesverbänden der Krankenkassen und von den Ersatzkassen durch eine Umlage gemäß dem Anteil der jeweiligen Zahl ihrer eigenen Versicherten gemessen an der Gesamtzahl der Versicherten aller Krankenkassen im jeweiligen Land erhoben. Die von den privaten Krankenversicherungsunternehmen zu tragenden Aufwendungen werden vom Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. durch eine Umlage auf Bundesebene entsprechend dem Anteil der jeweiligen Zahl ihrer eigenen Versicherten erhoben. Bei einer Beteiligung weiterer Leistungsträger erhöht sich das Finanzierungsvolumen um den hinsichtlich ihrer Beteiligung vereinbarten finanziellen Beitrag, um daraus resultierende Mehraufwände und Aufgaben zu finanzieren. Können sich die Beteiligten über den Inhalt eines Vertrages nicht einigen, so wird dieser durch eine von den jeweiligen Beteiligten zu bestimmende unabhängige Schiedsperson festgelegt. Einigen sich die Beteiligten nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der zuständigen Behörde nach § 90 Absatz 2 des Vierten Buches festgelegt.

(4) Die Beteiligten haben eine wissenschaftliche Evaluation und Begleitung durch einen unabhängigen Dritten zu beauftragen. Im Rahmen der Evaluation sind insbesondere zu untersuchen

1. die mit den Angeboten des Gesundheitskiosks verbundenen Auswirkungen auf die Gesundheitskompetenz der aufsuchenden Personen,

2. die Auswirkungen auf die Ergebnisqualität der Angebote unter besonderer Berücksichtigung der gesundheitlichen Chancengleichheit,
3. die Auswirkungen auf das Nutzungsverhalten, die Nutzungsintensität und die Zufriedenheit der aufsuchenden Personen,
4. die Auswirkungen auf die gesundheitliche Versorgungserbringung sowie
5. die Auswirkungen auf die Wirtschaftlichkeit der gesundheitlichen Versorgung.

Über das Ergebnis der Evaluation berichten die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam dem Bundesministerium für Gesundheit schriftlich im Abstand von jeweils drei Jahren, erstmals zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages drei Jahre nach Inkrafttreten gemäß Artikel 5].“

8. § 73a wird wie folgt gefasst:

„§ 73a

Primärversorgungszentren

(1) In Primärversorgungszentren wird Versicherten eine hausärztliche Versorgung angeboten, die durch zusätzliche berufsgruppenübergreifende, koordinierte, kooperative und versorgungssteuernde Versorgungselemente gekennzeichnet ist.

(2) Ein Primärversorgungszentrum kann von zugelassenen Ärzten, Berufsausübungsgemeinschaften oder medizinischen Versorgungszentren mit jeweils mindestens drei vollen Versorgungsaufträgen der hausärztlichen Versorgung errichtet werden. Primärversorgungszentren können in Gebieten errichtet werden, für die der Landesausschuss hinsichtlich der hausärztlichen Versorgung eine Feststellung nach § 100 Absatz 1 Satz 1 getroffen hat.

(3) Ein Primärversorgungszentrum muss folgende Anforderungen erfüllen:

1. Abschluss einer Kooperationsvereinbarung mit
 - a) einem Gesundheitskiosk, sofern ein solcher im jeweiligen Kreis oder der jeweiligen kreisfreien Stadt besteht, oder
 - b) dem jeweiligen Kreis oder der jeweiligen kreisfreien Stadt, sofern ein Gesundheitskiosk im jeweiligen Kreis oder der jeweiligen kreisfreien Stadt nicht besteht,
2. Kooperationen mit an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten oder Einrichtungen und mit nichtärztlichen Leistungserbringern und
3. Einhaltung der Vereinbarung nach Absatz 5.

(4) Die zuständige Kassenärztliche Vereinigung erkennt das Primärversorgungszentrum auf Antrag des zugelassenen Arztes, der Berufsausübungsgemeinschaft oder des medizinischen Versorgungszentrums an, wenn es die Anforderungen nach Absatz 3 erfüllt.

(5) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren im Bundesmantelvertrag bis zum ... [einsetzen: Datum

des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] das Nähere zur hausärztlichen Versorgung in Primärversorgungszentren, insbesondere zu:

1. Inhalten und Ziele der in den Primärversorgungszentren angebotenen hausärztlichen Versorgung,
2. Anforderungen an die personelle und sächliche Ausstattung eines Primärversorgungszentrums,
3. Anforderungen an die Qualifikation der im Primärversorgungszentrum tätigen Personen,
4. Anforderungen an die Kooperationen nach Absatz 3 Nummer 2 einschließlich der Kooperation im Rahmen ambulanter telemedizinischer Leistungen und
5. Maßnahmen zur Sicherung der Versorgungsqualität.

(6) Auf der Grundlage der Vereinbarung nach Absatz 5 Satz 1 hat der Bewertungsausschuss den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen insbesondere im Hinblick auf die Vergütung nichtärztlicher Leistungen zu überprüfen und innerhalb von sechs Monaten nach Abschluss der Vereinbarung nach Absatz 5 Satz 1 anzupassen. Der Bewertungsausschuss hat dem Bundesministerium für Gesundheit im Abstand von jeweils drei Jahren, erstmals zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des 30. auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] über die Entwicklung der abgerechneten nichtärztlichen Leistungen sowie über die Versorgungsqualität im Rahmen der besonderen hausärztlichen Versorgung in Primärversorgungszentren zu berichten. Das Bundesministerium für Gesundheit kann das Nähere zum Inhalt des Berichts und zu den dafür erforderlichen Auswertungen bestimmen.“

9. 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.“

10. § 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 Gewebespende sowie über die Möglichkeit, eine Erklärung zur Organ- und Gewebespende 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.

11. § 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.“

12. 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.
13. § 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.

14. § 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 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 Aufwendungsersatz. 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 Verdienstaufschlags in entsprechender Anwendung des § 41 Absatz 2 des Vierten Buches sowie einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe eines Fünftelstels der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches für jeden Kalendertag einer Sitzung. Der Anspruch richtet sich gegen den Gemeinsamen Bundesausschuss.“

15. 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.“

16. 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.“

17. § 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.“

18. § 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.

19. 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.

20. 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.“

21. § 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.“

22. 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.

23. Dem § 137f Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Erarbeitung von Richtlinien nach Absatz 2 innerhalb von zwei Jahren abzuschließen.“

24. § 140b wird wie folgt gefasst:

„§ 140b

Gesundheitsregionen

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen können gemeinsam und einheitlich mit einem oder mehreren Kreisen oder einer oder mehreren kreisfreien Städten in einer Region (Gesundheitsregion) auf deren Antrag einen Vertrag mit dem Ziel schließen,

1. regionale Defizite der Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Versorgung zu beheben,
2. die Zusammenarbeit an Schnittstellen zu verbessern oder
3. den Zugang zur regionalen Versorgung zu verbessern.

Dabei sind die Belange von Menschen mit Behinderung zu berücksichtigen.

(2) Aufgaben im Rahmen der Organisation einer Gesundheitsregion können insbesondere sein:

1. die Bildung von Netzwerken und Kooperationen der regionalen Versorger und des öffentlichen Gesundheitsdienstes,
2. die Sicherstellung einer vernetzten und koordinierten Gesundheitsförderung und Versorgung über Sektorengrenzen hinweg entsprechend der regionalen Bedarfe unter Berücksichtigung der gewachsenen Strukturen,
3. der Ausbau von Dienstleistungen zur Erhöhung von Mobilitätsangeboten, um den Zugang zu kurativer und präventiver Versorgung zu erleichtern und
4. die Weiterentwicklung der in Absatz 1 genannten Ziele und der Maßnahmen nach Absatz 2 Satz 1.

(3) Das Nähere ist in dem in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertrag zu regeln. Die Organisation einer Gesundheitsregion kann von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartnern einzeln oder gemeinsam durchgeführt werden. Die Vertragspartner können die Organisation einer Gesundheitsregion auch an beteiligte Leistungserbringer der Gesundheitsregion, deren Gemeinschaften oder Verbünde oder Dritte übertragen. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen einerseits und die beteiligten Kreise und kreisfreien Städte andererseits tragen die Investitions- und Betriebskosten der Organisation der Gesundheitsregion zu gleichen Teilen.

(4) Sofern die Antragssteller nach Absatz 1 Satz 1 gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen unter Nennung der teilnehmenden

Leistungserbringer qualifizierte Angaben zu den Zielen und Aufgaben im Rahmen der Organisation der Gesundheitsregion machen und bereit sind, die Aufwendungen nach Absatz 3 Satz 3 zu tragen (qualifizierter Antrag), sind die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zur Aufnahme von Verhandlungen über einen in Satz 1 genannten Vertrag verpflichtet. Werden keine Verhandlungen aufgenommen, obwohl die Anforderungen nach Satz 1 erfüllt und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen den Antrag nicht qualifiziert zurückgewiesen haben, so entscheidet die zuständige Behörde nach § 90 Absatz 2 des Vierten Buches.“

25. § 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.“

26. § 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.“

27. § 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 5] 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. Veröffentlichen 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.“

28. § 221 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

a) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 1 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt.

bb) In Nummer 2 wird der Punkt am Ende durch das Wort „und“ ersetzt.

cc) Folgende Nummer 3 wird angefügt:

„3. ab dem Jahr 2026 um den auf die landwirtschaftliche Krankenkasse entfallenden Anteil an der Finanzierung des Medizinstudienplätze-Förderfonds nach § 274a.“

b) In Satz 3 wird nach dem Wort „Innovationsfonds“ das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und werden nach dem Wort „Strukturfonds“ die Wörter „und der Anteil nach Satz 1 Nummer 3 dem Medizinstudienplätze-Förderfonds“ eingefügt.

c) In Satz 4 werden die Wörter „Nummer 1 und 2“ durch die Wörter „Nummer 1, 2 und 3“ ersetzt, wird nach der Angabe „§ 92a“ das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und werden nach dem Wort „Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ die Wörter „und den Medizinstudienplätze-Förderfonds nach § 274a“ eingefügt.

d) In Satz 5 und Satz 6 wird das Wort „Bundesversicherungsamt“ jeweils durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.

29. 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.“

30. Nach § 271 Absatz 6 wird folgender Absatz 6a eingefügt:

„(6a) Zur Finanzierung der Fördermittel nach § 274a werden dem Medizinstudienplätze-Förderfonds aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds im Jahr 2026 bis zu 110 Millionen Euro, im Jahr 2027 bis zu 220 Millionen Euro, im Jahr 2028 bis zu 330 Millionen Euro, im Jahr 2029 bis zu 440 Millionen Euro, im Jahr 2030 bis zu 550 Millionen Euro und ab dem Jahr 2031 jährlich bis zu 660 Millionen Euro jeweils abzüglich des anteiligen Betrags der landwirtschaftlichen Krankenkasse gemäß § 221 Absatz 3

Satz 1 Nummer 3 und Satz 4 und 5 zugeführt, soweit die Fördermittel von den Ländern nach Maßgabe des § 274a Absatz 4 abgerufen werden.“

31. 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.“

32. Nach § 274 wird folgender Abschnitt 6 eingefügt:

„Abschnitt 6

Sonstige Verwendung und Verwaltung der Mittel

§ 274a

Förderung der Bereitstellung von Medizinstudienplätzen; Verordnungsermächtigung

(1) Beim Bundesamt für Soziale Sicherung wird aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ein Fonds zur Förderung der Bereitstellung von Medizinstudienplätzen (Medizinstudienplätze-Förderfonds) errichtet. Das zur Verfügung stehende Fördervolumen richtet sich nach § 271 Absatz 6a.

(2) Zweck des Medizinstudienplätze-Förderfonds ist die dauerhafte Erhöhung der Anzahl der Medizinstudienplätze durch Bereitstellung finanzieller Mittel für die Länder, damit mehr Ärztinnen und Ärzte ausgebildet werden, die nach entsprechender Weiterbildung Leistungen für die gesetzliche Krankenversicherung erbringen.

(3) Für jeden von einem Land seit dem 1. Januar 2020 in Eigenleistung finanzierten Medizinstudienplatz werden bis zu zwei weitere Medizinstudienplätze gefördert, bis das nach § 271 Absatz 6a für das jeweilige Jahr zur Verfügung stehende Fördervolumen abzüglich der Aufwendungen nach Absatz 8 ausgeschöpft ist. Die Förderung nach Satz 1 umfasst je Studierender oder Studierendem auf einem geförderten Medizinstudienplatz jährlich 35 200 Euro.

(4) Jedes Land kann ab dem 1. Januar 2026 Fördermittel aus dem Medizinstudienplätze-Förderfonds beantragen. Voraussetzung für die Zuteilung von Fördermitteln nach Absatz 3 ist,

1. dass das Land seit dem 1. Januar 2020 mindestens einen in Eigenleistung finanzierten Medizinstudienplatz geschaffen hat oder sich das Land verpflichtet, bis zum Ablauf von fünf Jahren nach Abgabe dieser Verpflichtungserklärung mindestens einen in Eigenleistung finanzierten Medizinstudienplatz zu schaffen und einen Nachweis darüber zu erbringen,
2. dass das Land je nach Nummer 1 geschaffenem oder zu schaffenden Studienplatz zwei weitere Studienplätze zur Förderung aus dem Medizinstudienplätze-Förderfonds geschaffen hat oder sich das Land verpflichtet, bis zum Ablauf von fünf Jahren nach Abgabe dieser Verpflichtungserklärung zwei weitere Medizinstudienplätze zur Förderung aus dem Medizinstudienplätze-Förderfonds zu schaffen und einen Nachweis darüber zu erbringen,

3. dass das Land die Zulassung zu den Medizinstudienplätzen nach Nummer 2 an die Verpflichtung der Bewerberinnen und Bewerber knüpft, nach Abschluss des Studiums und der fachärztlichen Weiterbildung für mindestens zehn Jahre eine Tätigkeit als Ärztin oder Arzt in der vertragsärztlichen Versorgung, einem zugelassenen Krankenhaus oder einer zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung auszuüben,
4. dass das Land sich verpflichtet, jährlich einen Nachweis darüber zu erbringen, dass der aus dem Medizinstudienplätze-Förderfonds geförderte Medizinstudienplatz besetzt ist und
5. dass das Land sich verpflichtet, bis zum Erreichen einer mindestens zehnjährigen Tätigkeit für die gesetzliche Krankenversicherung regelmäßig nachzuweisen, dass die Person, die ihr Medizinstudium mit einem aus dem Medizinstudienplätze-Förderfonds geförderten Medizinstudienplatz abgeschlossen hat, eine Tätigkeit als Ärztin oder Arzt in der vertragsärztlichen Versorgung, einem zugelassenen Krankenhaus oder einer zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung ausübt.

(5) Die Förderung wird durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen durchgeführt. Dies umfasst insbesondere folgende Aufgaben:

1. Prüfung von Anträgen nach Absatz 4,
2. Erlass von Förderbescheiden, Veranlassung der Auszahlung der Fördermittel durch das Bundesamt für Soziale Sicherung,
3. Prüfung der Umsetzung der bei Antragstellung abgegebenen Verpflichtungserklärungen nach Absatz 4 Satz 2,
4. Prüfung der zweckentsprechenden Verwendung der Fördermittel und
5. Geltendmachung von Rückforderungen von Fördermitteln.

(6) Das Bundesamt für Soziale Sicherung verwaltet die Mittel nach Absatz 1 und zahlt die Fördermittel auf Veranlassung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen aus dem Medizinstudienplätze-Förderfonds an die Länder aus. Nicht zweckentsprechend verwendete oder überzahlte Mittel sind an den Medizinstudienplätze-Förderfonds zurückzuzahlen, wenn eine Verrechnung mit Ansprüchen auf Auszahlung von Fördermitteln nicht möglich ist.

(7) Das Nähere zur Weiterleitung der Mittel an den Medizinstudienplätze-Förderfonds und zur Verwaltung der Mittel des Medizinstudienplätze-Förderfonds bestimmt das Bundesamt für Soziale Sicherung im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

(8) Die für die Durchführung der Förderung nach Absatz 5 notwendigen Aufwendungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und die für die Verwaltung der Mittel nach Absatz 6 notwendigen Aufwendungen des Bundesamtes für Soziale Sicherung werden aus dem in Absatz 1 genannten Betrag gedeckt.

(9) Das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt durch Rechtsverordnung, mit Zustimmung des Bundesrates und nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen insbesondere das Nähere

1. zu den Kriterien der Förderung und zum Verfahren der Vergabe der Fördermittel,

2. zu dem Nachweis der Fördervoraussetzungen nach Absatz 4 Satz 2,
3. zu dem Nachweis der Umsetzung der bei Antragstellung abgegebenen Verpflichtungserklärungen nach Absatz 4 Satz 2,
4. zu dem Nachweis der zweckentsprechenden Verwendung der Fördermittel und
5. zur Rückzahlung überzahlter oder nicht zweckentsprechend verwendeter Fördermittel und für den Fall, dass die im Rahmen der Förderung abgegebenen Verpflichtungen nicht eingehalten wurden.“

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 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 5

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

Nicht überall in Deutschland haben Menschen die gleichen Chancen, ihre Ansprüche auf Beratung, auf Vermittlung von Angeboten der Prävention und der medizinischen Versorgung sowie auf unbürokratische Hilfe bei der Klärung sozialversicherungsrechtlicher Fragestellungen zu verwirklichen. Insbesondere in Regionen und Stadtteilen mit einem hohen Anteil an sozial benachteiligten Personen oder in strukturell benachteiligten Regionen können Defizite und ein besonderer Unterstützungsbedarf bestehen. Daher zielt der Gesetzentwurf darauf ab, die Gesundheitsversorgung vor Ort in den Kommunen zu stärken und dabei gleichzeitig die individuelle Gesundheitskompetenz zu erhöhen. Insgesamt erhalten die Kommunen mehr Möglichkeiten, auf die vor Ort bestehenden Bedarfe im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung zu reagieren.

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass in den vorbenannten Regionen und Stadtteilen niedrigschwellige Beratungsangebote für Behandlung und Prävention, sogenannte Gesundheitskioske, errichtet werden können. Die Gesundheitskioske werden allen aufsuchenden Personen unabhängig vom Versichertenstatus allgemeine Beratungs- und Unterstützungsleistungen anbieten, etwa zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Präventionsangeboten. Auch wird es Ziel sein, die Ratsuchenden bei der Vermittlung von Terminen oder konkreten Leistungsangeboten zu unterstützen. Damit trägt der Gesetzentwurf zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung bei, denn Gesundheitskompetenz umfasst das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und im Alltag anwenden zu können.

Mithilfe der Kioske soll so einerseits die individuelle Gesundheitskompetenz insbesondere von Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf erhöht werden. Andererseits sollen die Gesundheitskioske auch eine Vorbildfunktion für die gesundheitskompetente Gestaltung von Organisationen des Gesundheitswesens erfüllen, die systematisch den Zugang zu und das Verständnis für Gesundheitsinformationen insbesondere im Hinblick auf ihre praktische Anwendung in ihrer Zielgruppe erleichtern. Sie unterstützen damit auch wesentlich die Orientierung der Menschen in den Strukturen des Gesundheitswesens und tragen zur besseren „navigationalen“ Gesundheitskompetenz bei. Auch deshalb ist es wichtig, dass die Kioske in die bereits vor Ort bestehenden Strukturen eingebettet werden, etwa über eine enge Zusammenarbeit mit anderen Akteuren im Gesundheitswesen und bei Bedarf mit anderen relevanten Sektoren. Hierüber wird der Aufbau von Doppelstrukturen verhindert.

Bereits jetzt ist es über § 140a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) möglich, eine Gesundheitsregion zu bilden. Künftig soll diese Möglichkeit ergänzt werden um Regelungen, die Kommunen berechtigen, breiter angelegt und basierend auf der Regelversorgung Verbünde zu organisieren. Die Kommunen erhalten ein Initiativrecht zur Bildung einer Gesundheitsregion. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sind dann gemeinsam und einheitlich zur Aufnahme von Verhandlungen verpflichtet, wenn die Kommune oder die Kommunen bereit sind, sich zu 50 Prozent an den Investitions- und Betriebskosten des Managements der Gesundheitsregion zu beteiligen und eine enge Kooperation mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) gewährleistet ist. Mithilfe der Bildung einer Gesundheitsregion kann es gelingen, regionale Defizite der Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Versorgung zu beheben und die Zusammenarbeit an

Schnittstellen oder den Zugang zur regionalen Versorgung zu verbessern. Insgesamt ist Ziel der Regelung, die Versorgung vor Ort in der Kommune zu verbessern.

Die hausärztliche Versorgung steht vor besonderen Herausforderungen. Zum einen wird es insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Regionen zunehmend schwieriger, Hausärztinnen und Hausärzte für eine Niederlassung zu gewinnen. Zum anderen führt die demographische Entwicklung insbesondere dort zu einer Zunahme der Zahl älterer und multimorbider Patientinnen und Patienten, so dass sich auch die inhaltlichen Anforderungen an die medizinische Grundversorgung wandeln. Erforderlich ist daher ein breiter, koordinierter Ansatz, der auch die Verbindung zu sozialer Beratung und Unterstützung herstellt. Zudem soll durch eine vernetzte und kooperativ aufgestellte Zusammenarbeit sowie die Unterstützung und Entlastung der ärztlichen Arbeit durch nichtärztliche Fachkräfte die Attraktivität zur Niederlassung in Regionen mit Versorgungsschwierigkeiten gesteigert werden. Vor diesem Hintergrund soll in Planungsbereichen mit Versorgungsproblemen im hausärztlichen Bereich die Möglichkeit geschaffen werden, Primärversorgungszentren zu errichten.

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

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 Stellungnahmerecht. 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.

Die gesundheitliche Versorgung der alternden Bevölkerung ist auch künftig auf gut qualifiziertes Gesundheitspersonal in ausreichender Zahl angewiesen. Das gilt in besonderem Maße auch für die Versorgung durch Ärztinnen und Ärzte. Bis Ende der 2030er Jahre werden geschätzt bis zu 140.000 aller heute berufstätigen Ärztinnen und Ärzte und bis zu 80.000 Ärztinnen und Ärzte aus dem vertragsärztlichen Bereich altersbedingt aus dem Beruf ausscheiden. Hinzu kommen Veränderungen der Anforderungen an die Arbeitswelt mit zunehmend ausgeprägtem Interesse gerade der jüngeren Generation an familienfreundlichen Arbeitszeitmodellen. Daten des vertragsärztlichen Bereichs zeigen, dass immer mehr Ärzte in reduziertem Umfang an der Versorgung teilnehmen. Waren im Jahr 2009 noch über 90 Prozent der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte in vollem Versorgungsumfang tätig, waren dies im Jahr 2022 nur noch rund 62 Prozent. Daneben wird der Behandlungsbedarf insbesondere für die Behandlung älterer, multimorbider und chronisch erkrankter Versicherter mit komplexen Behandlungsbedürfnissen im ambulanten und im stationären Sektor steigen.

Parallel hierzu sind die Studienkapazitäten im Fach Humanmedizin in den letzten 20 Jahren und insbesondere seit dem Jahr 2010 deutlich gewachsen. Im Jahr 2023 begannen gemäß Zahlen der Stiftung für Hochschulzulassung mehr als 11.800 Studierende ein Medizinstudium, was einem Zuwachs von rund 9 Prozent gegenüber den Werten des Jahres 2000 entspricht. Diese nennenswerte Erhöhung der Anzahl der Medizinstudienplätze ist sehr zu begrüßen, sie wird aber den künftigen Bedarf an Ärztinnen und Ärzten dennoch nicht decken können: Um die Menschen in der älter werdenden Gesellschaft und auch künftige Generationen angemessen gesundheitlich versorgen zu können, ist daher eine deutliche Erhöhung der Zahl der Medizinstudienplätze anzustreben. Die Schaffung von Studienplätzen sowie die Zulassung zum Medizinstudium fallen in die Zuständigkeit der Länder. Mit einer gezielten Ko-Finanzierung wird allerdings die Möglichkeit geschaffen, die Länder ab dem Jahr 2026 aus Mitteln der GKV bei der Bereitstellung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten finanziell zu unterstützen, und somit dazu beigetragen, dass angesichts der oben genannten Herausforderungen genügend Medizinerinnen und Mediziner universitär ausgebildet werden können.

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 Versicherten-gemeinschaft wirtschaftlich umzugehen und Leistungsanträge bezogen auf den individuellen Bedarf hin zu überprüfen sowie eine sachgerechte Entscheidung zu treffen. In vielen Fällen sind die Versicherten dabei auf eine fachgerechte Beratung und Begleitung angewiesen.

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

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

Infolge des Flexirentengesetzes vom 8. Dezember 2016 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 Rentenzahlungsbetrages 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.

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 Gesundheitskioske

In Regionen und Stadtteilen mit einem hohen Anteil an sozial benachteiligten Personen und in strukturell benachteiligten Regionen können niedrigschwellige Beratungsangebote für Behandlung und Prävention etabliert werden. Diese sogenannten Gesundheitskioske werden von Kommunen und der GKV unter Beteiligung der privaten Krankenversicherung errichtet. Dabei wird das Initiativrecht bei den Kommunen liegen. Die Gesundheitskioske können neu errichtet werden aber auch in bereits bestehenden Räumlichkeiten, beispielsweise der Kommune, etabliert werden.

Die Krankenkassen fördern zusammen mit den Kommunen mit Hilfe der Gesundheitskioske insbesondere die Gesundheitskompetenz von Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf und bieten diesen im Bedarfsfall individuelle Beratung zur Unterstützung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils.

Aufgaben der Gesundheitskioske können insbesondere sein:

- allgemeine Beratungs- und Unterstützungsleistungen zur medizinischen und präventiven Bedarfsermittlung;
- die Beratung zu sowie die Empfehlung und Vermittlung von Leistungen zur Prävention und zur Gesundheitsförderung;
- die Beratung zu und die Vermittlung von Leistungen zur medizinischen Behandlung einschließlich ambulanter telemedizinischer Leistungen und Anleitung zu deren Inanspruchnahme;
- Unterstützung bei der Klärung gesundheitlicher und damit verbundener sozialer Angelegenheiten;
- Informationsveranstaltungen zu Gesundheitsthemen;
- Bildung eines sektorenübergreifenden Gesundheitsnetzwerkes;
- Durchführung einfacher medizinischer Routineaufgaben.

Es ist eine enge Kooperation mit dem ÖGD zu gewährleisten.

Sofern eine Kommune das Initiativrecht ausübt, sind die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen verpflichtet, gemeinsam mit den Kommunen und der privaten Krankenversicherung Kioske zu errichten. Um insbesondere die Besonderheiten vor Ort besser berücksichtigen zu können, wird ein Gestaltungsspielraum eingeräumt. So können die Kioske auch als mobile Leistungsorte, etwa in Bussen, errichtet werden. Dabei werden die Kioske in die bereits vor Ort bestehenden Strukturen eingebettet, etwa über eine enge Zusammenarbeit mit anderen Akteuren im Gesundheitswesen.

Die Finanzierung wird zwischen den Kommunen auf der einen und gesetzlicher und privater Krankenversicherung auf der anderen Seite aufgeteilt. Die Krankenkassen tragen 74,5 Prozent der Gesamtkosten, die private Krankenversicherung 5,5 Prozent und die Kommunen 20 Prozent der Gesamtkosten.

Die Leitung der Gesundheitskioske soll eine Pflegekraft übernehmen, die gemeinsam mit weiteren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern allgemeine Beratungs- und Unterstützungsleistungen zur medizinischen, präventiven und sozialen Bedarfsermittlung erbringt. Perspektivisch sollen insbesondere Pflegefachkräfte mit Heilkundekompetenz im Sinne von community health nursing die Leitung der Gesundheitskioske übernehmen.

Insgesamt wird es mithilfe der Kioske gelingen, die individuelle Gesundheitskompetenz insbesondere von Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf zu erhöhen.

II.2 Gesundheitsregionen

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen können gemeinsam und einheitlich mit einer oder mehreren Kommunen auf deren Antrag einen Gesundheitsregionenvertrag schließen. Über solche Verträge können regionale Aspekte stärker betont und Kommunen auf Grund ihrer Verantwortung für die Daseinsvorsorge besser eingebunden werden. Ein Gesundheitsregionenvertrag stellt eine alternative Organisation der

Regelversorgung ohne Einschreibepflicht der Versicherten – anders als zum Beispiel in § 140a Absatz 4 SGB V – und mit Beibehaltung der freien Arzt- und Leistungserbringerwahl dar.

Beim Aufbau einer Gesundheitsregion sollen die gewachsenen Strukturen berücksichtigt und, wenn möglich, alle in der Region in der Gesundheitsversorgung Tätigen sowie entsprechende Beratungsangebote mit einbezogen werden. Denkbar sind in diesem Rahmen sowohl Regelungen zur Verbesserung von Mobilität, um etwa in unterversorgten Regionen Patientinnen und Patienten zu den Versorgern zu bringen (zum Beispiel Shuttle-Service), als auch Regelungen zum Ausbau des Versorgungsangebots vor Ort, zum Beispiel durch eine Erhöhung des telemedizinischen Angebots oder die Ausweitung von zertifizierten Präventionsangeboten etwa durch Kooperationen oder das Bereitstellen von Räumlichkeiten.

Aufgaben einer Gesundheitsregion können insbesondere die Bildung von Netzwerken und Kooperationen der regionalen Versorger und des ÖGD sowie die Sicherstellung einer vernetzten und koordinierten Versorgung über Sektorengrenzen hinweg entsprechend der regionalen Bedarfe unter Berücksichtigung der gewachsenen Strukturen sein. Auch der Ausbau von Dienstleistungen zur Erhöhung von Mobilitätsangeboten, um den Zugang zu kurativer und präventiver Versorgung zu erleichtern, kommen hier in Frage.

Die Investitions- und Betriebskosten der Organisation der Gesundheitsregion tragen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen einerseits und die beteiligten Kreise und kreisfreien Städte andererseits zu gleichen Teilen.

II.3 Primärversorgungszentren

Mit einem neuen § 73a SGB V wird die Rechtsgrundlage für Primärversorgungszentren geschaffen. Primärversorgungszentren können von zugelassenen Ärztinnen und Ärzten, Berufsausübungsgemeinschaften und medizinischen Versorgungszentren gegründet werden. Sie bieten neben der regulären hausärztlichen Versorgung ein besonderes hausärztliches Versorgungsangebot an, das insbesondere den besonderen medizinischen Bedürfnissen älterer und multimorbider Patientinnen und Patienten gerecht wird. Zudem werden durch die Kooperation mit einem in erreichbarer Nähe liegenden Gesundheitskiosk oder der jeweiligen Kommune ergänzende soziale Beratungs- und Unterstützungsangebote zur Verfügung gestellt. Indem Primärversorgungszentren mit anderen Fachärztinnen und Fachärzten sowie weiteren nichtärztlichen Leistungserbringern kooperieren, wird eine effektive Versorgungssteuerung, sowie eine zeitgerechte, den medizinischen Notwendigkeiten entsprechende Behandlung ermöglicht.

II.4 Bonusprogramme

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

II.5 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 Einvernehmenserfordernis 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.6 Digitale Sitzungen und Beschlussfassungen von Selbstverwaltungsgremien

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

II.7 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.8 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.9 Förderung der Bereitstellung von Medizinstudienplätzen

Vorgesehen ist, die Schaffung neuer Medizinstudienplätze durch die Länder dadurch zu fördern, dass für jeden von einem Land seit dem 1. Januar 2020 in Eigenleistung finanzierten Medizinstudienplatz zwei weitere Medizinstudienplätze finanziert werden. Die Finanzierung der weiteren Medizinstudienplätze erfolgt aus einem zu diesem Zweck eingerichteten Fonds (Medizinstudienplätze-Förderfonds), der beim Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) errichtet wird. Das BAS verwaltet die Fördermittel und zahlt diese an die Länder aus, welche für die Einrichtung der aus dem Medizinstudienplätze-Förderfonds finanzierten Studienplätze verantwortlich sind. Die Mittel des Medizinstudienplätze-Förderfonds werden diesem aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds nach § 271 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugeführt. Die Förderung eines Medizinstudienplatzes umfasst jährlich 35.200 Euro und erfolgt dauerhaft. Entsprechend des Ziels des Entwurfs, aus dem Medizinstudienplätze-Förderfonds bis zu 3.100 Medizinstudienplätze dauerhaft zu fördern, sollen der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds daher im Jahr 2026 bis zu 110 Millionen Euro, im Jahr 2027 bis zu 220 Millionen Euro, im Jahr 2028 bis zu 330 Millionen Euro, im Jahr 2029 bis zu 440 Millionen Euro, im Jahr 2030 bis zu 550 Millionen Euro und ab dem Jahr 2031 jährlich bis zu 660 Millionen Euro jeweils abzüglich des anteiligen Betrags der landwirtschaftlichen Krankenkasse entnommen werden, soweit die Fördermittel tatsächlich von den Ländern in Anspruch genommen werden. Das Förderverfahren wird durch den GKV-Spitzenverband durchgeführt, da die Mittel des Medizinstudienplätze-Förderfonds dem System der GKV entnommen werden und dieses mittel- und langfristig maßgeblich von der Schaffung der zusätzlichen Medizinstudienplätze profitieren soll. Der Entwurf legt daher in Voraussetzungen für die Zuteilung von Fördermitteln an die Länder unter anderem fest, dass das Land die Zulassung zu den aus dem Medizinstudienplätze-Förderfonds geförderten Medizinstudienplätzen an die Verpflichtung der Bewerberinnen und Bewerber knüpft, nach Abschluss des Studiums und der fachärztlichen Weiterbildung für mindestens zehn Jahre eine Tätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung, einem zugelassenen Krankenhaus oder einer zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung auszuüben. Der GKV-Spitzenverband ist auch für die Veranlassung der Auszahlung der Fördermittel an die Länder durch das BAS verantwortlich. Näheres zum Förderverfahren wird in einer Rechtsverordnung des BMG mit Zustimmung des Bundesrates und nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes bestimmt. Die notwendigen Aufwendungen des GKV-Spitzenverbandes und des BAS werden direkt dem Medizinstudienplätze-Förderfonds entnommen. Grundsätzlich kann jedes Land Fördermittel aus dem Medizinstudienplätze-Förderfonds beantragen, sofern das für das jeweilige Jahr zur Verfügung stehende Fördervolumen noch nicht ausgeschöpft ist.

II.10 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.11 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 Gesetzesentwurf 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.12 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.13 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 Absinkens ihrer Altersrente auf eine Teilrente die Voraussetzungen für die Familienversicherung erfüllen, wird die bislang bestehende Gesetzeslücke geschlossen.

II.14 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.15 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.16 Wirtschaftlichkeitsprüfungen

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

II.17 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.18 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.19 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.20 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.

III. Alternativen

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

Alternativ zur Neufassung des § 217f Absatz 4 SGB V in Verbindung mit § 53 SGB XI und der damit verbundenen gesetzlichen Verpflichtung zur Veröffentlichung versichertenrelevanter einheitlicher Kennzahlen und Informationen in der GKV und der sozialen Pflegeversicherung auf einer gemeinsamen digitalen Plattform könnten Kranken- und Pflegekassen weiterhin ausschließlich freiwillig eigene Transparenzberichte veröffentlichen. Diese Alternative birgt zum einen die Gefahr, dass sich die Transparenzberichte mit Blick auf die erforderlichen Mindestkriterien weiterhin sowohl vom Inhalt als auch von der Darstellung her wesentlich unterscheiden. Zum anderen wäre eine Veröffentlichung durch alle Krankenkassen ohne eine gesetzliche Grundlage nicht gewährleistet. Zudem wäre es für Versicherte

mit einem hohen Maß an Aufwand verbunden, kranken- beziehungsweise pflegekassenindividuelle Berichte mehrerer Kranken- beziehungsweise Pflegekassen abzurufen und miteinander zu vergleichen. Sowohl die gesetzlich vorgegebenen Mindestkriterien als auch die einheitliche Veröffentlichung auf einer gemeinsamen digitalen Plattform stellen die erforderliche Aussagekraft und Vergleichbarkeit sowie einen versichertenfreundlichen Zugriff auf diese Informationen sicher.

Alternativ zur Einschränkung des Prüfprogramms der Krankenkassen durch die Vermutung der medizinischen Erforderlichkeit von Hilfsmitteln, wenn sie von Versicherten beantragt werden, die in 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) sowie aus Artikel 72 Absatz in Verbindung mit Artikel 74 Absatz 1 Nummer 11 (Recht der Wirtschaft privatrechtliches Versicherungswesen).

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.

Das Gesetz ist nicht zustimmungspflichtig. Die Zustimmungspflichtigkeit wird auch nicht durch § 274a SGB V ausgelöst, da dieser keine Regelungen enthält, die das Verwaltungsverfahren oder die Einrichtung von Behörden betreffen und die abweichungsfest ausgestaltet sind.

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. Indem die Kommunen mehr Möglichkeiten erhalten, auf die vor Ort bestehenden Bedarfe der Gesundheitsversorgung zu reagieren, verfolgt der Gesetzentwurf insbesondere das Nachhaltigkeitsziel 3 „Ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern“. Da der Gesetzentwurf insbesondere darauf abzielt, in Regionen und Stadtteilen mit einem hohen Anteil an sozial benachteiligten Personen oder in strukturell benachteiligten Regionen niedrigschwellige Beratungsangebote für Behandlung, Prävention und die Förderung der individuellen Gesundheitskompetenz zu etablieren, dient er der Verbesserung der Gesundheitschancen aller Einwohnerinnen und Einwohner und insbesondere der Menschen mit einem besonderen Unterstützungsbedarf. Er trägt damit zum sozialen Zusammenhalt in Deutschland bei und entspricht so dem Nachhaltigkeitsziel 10 „Ungleichheit in und zwischen Ländern verringern“. Zugleich erfüllt er damit das Leitprinzip 5 der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie, den „sozialen Zusammenhalt in einer offenen Gesellschaft zu wahren und zu verbessern“.

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.

Die Teilnahme an der Förderung zusätzlicher Medizinstudienplätze aus Mitteln der GKV ist für die Länder freiwillig, so dass denjenigen, die hieran nicht teilnehmen, aus der Regelung keine Mehrausgaben entstehen. Für teilnehmende Länder sind zusätzliche Haushaltsausgaben mit der Regelung zur Förderung zusätzlicher Medizinstudienplätze verbunden, da sie in Eigenleistung geschaffene Studienplätze als Grundlage der Förderung zusätzlicher Studienplätze nachweisen müssen. Die Höhe richtet sich insbesondere nach der Ausbaugeschwindigkeit der Studienplätze, welche nicht letztgültig abgeschätzt werden kann. Insgesamt ist für das Jahr 2026 von Haushaltsausgaben für die Länder in Höhe eines niedrigen bis mittleren zweistelligen Millionenbetrages auszugehen, der durch die steigende Zahl von Studierendenkohorten in verschiedenen Abschnitten des Studiums in der Folge aufwächst und frühestens im Jahr 2031 ein Maximum von einem niedrigen bis mittleren dreistelligen Millionenbetrag erreicht.

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.

Mit der Regelung zur Förderung zusätzlicher Medizinstudienplätze aus GKV-Mitteln sind zusätzliche Haushaltsausgaben für die GKV verbunden. Deren Höhe richtet sich nach der Inanspruchnahme der Fördermittel durch die Länder und der Ausbaugeschwindigkeit im Bereich der durch die Länder in Eigenleistung geschaffenen sowie der zusätzlichen Studienplätze, welche nicht letztgültig eingeschätzt werden können. Je nach Inanspruchnahme ist für das Jahr 2026 von Haushaltsausgaben in Höhe eines mittleren zweistelligen bis maximal eines niedrigen dreistelligen Millionenbetrages entsprechend der Regelung in § 271 Absatz 6a SGB V (neu) auszugehen. Durch die aufwachsende Zahl von Studierendenkohorten in verschiedenen Abschnitten des Studiums wächst dieser Betrag in der Folge auf und wird frühestens im Jahr 2031 den Wert von maximal 660 Millionen Euro pro Jahr erreichen.

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 Vollzugaufwand

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

b) Vollzugaufwand

Die Ausführung des Gesetzes führt zu keinem nennenswerten Vollzugaufwand.

4. Erfüllungsaufwand

1. Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Für die Bürgerinnen und Bürger entsteht kein Erfüllungsaufwand.

2. Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Die vorgesehene Vertragsschließung über die Errichtung eines Gesundheitskiosks führt bei dem Verband der Privaten Krankenversicherungsunternehmen e.V. abhängig von dem Ablauf der Vertragsverhandlungen zu einem einmaligen Erfüllungsaufwand je Gesundheitskiosk in Höhe von etwa 9.000 Euro. Das entspricht einem Aufwand von vier Wochen für eine Mitarbeiterin beziehungsweise einen Mitarbeiter in Vollzeit (Qualifikationsniveau hoch). Dabei ist davon auszugehen, dass dieser Erfüllungsaufwand mit einer steigenden Anzahl an Verträgen abnimmt.

Die Gesundheitskioske stehen allen Personen unabhängig vom Versichertenstatus zur Verfügung. Entsprechend übernehmen die privaten Krankenversicherungsunternehmen 5,5 Prozent von insgesamt rund 400.000 Euro, die jährlich für die Errichtung und den Betrieb eines Gesundheitskiosks anfallen. Das entspricht einer jährlichen Beteiligung in Höhe von rund 22.000 Euro pro Gesundheitskiosk. Die Aufwendungen der privaten Krankenversicherungsunternehmen werden vom Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. durch eine Umlage auf Bundesebene entsprechend dem Anteil der jeweiligen Versicherten erhoben. Die Gesamtkosten für die privaten Versicherungsunternehmen sind von der Anzahl der Kioske abhängig. Einer ersten Schätzung zufolge könnten im Jahr 2025 deutschlandweit rund 30 Gesundheitskioske, im Jahr 2026 insgesamt etwa 60 Gesundheitskioske, im Jahr 2027 rund 120 Gesundheitskioske und im Jahr 2028 etwa 220 Gesundheitskioske errichtet sein. Das entspricht bei Gesamtkosten in Höhe von jährlich rund 22.000 Euro pro Gesundheitskiosk für die privaten Krankenversicherungsunternehmen einem Erfüllungsaufwand von circa 660.000 Euro im Jahr 2025, 1.320.000 Euro im Jahr 2026, 2.640.000 Euro im Jahr 2027 und 4.840.000 Euro im Jahr 2028.

Über die Leistungen der Gesundheitskioske können sich für die privaten Versicherungsunternehmen mittel- und langfristig Minderausgaben ergeben.

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, entstünde 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 Videodienstanbieter 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, entstünde 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 durch die aufsichtsrechtliche Prüfung der Beschlüsse zur Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes sowie durch die Festlegung von Vorgaben für die Evaluation durch den Bewertungsausschuss nach § 73a Absatz 6 SGB V ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 1.000 Euro.

Darüber hinaus entsteht für den Bund (das BMG) 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.

Länder

Für die Länder entsteht kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand.

Kommunen

Die vorgesehene Vertragsschließung über die Errichtung eines Gesundheitskiosks führt bei der Verwaltung der Kommune abhängig von dem Ablauf der Vertragsverhandlungen zu einem einmaligen Erfüllungsaufwand je Gesundheitskiosk in Höhe von rund 10.000 Euro. Das entspricht einem Aufwand von vier Wochen für eine Mitarbeiterin beziehungsweise

einen Mitarbeiter in Vollzeit im höheren Dienst (Verwaltungsebene Kommunen). Es ist davon auszugehen, dass dieser Erfüllungsaufwand mit einer steigenden Anzahl an Verträgen abnimmt. Der Erfüllungsaufwand fällt nur an, wenn die entsprechende Kommune von ihrem Initiativrecht zur Einrichtung eines Gesundheitskiosks Gebrauch macht.

Pro Jahr fallen insgesamt Kosten in Höhe von rund 400.000 Euro für den Betrieb eines Gesundheitskiosks an. Diese setzen sich aus rund 75 Prozent für Personalausgaben und rund 25 Prozent für Sachausgaben zusammen. Insgesamt können sich jährliche Personalkosten in Höhe von bis zu 300.000 Euro pro Gesundheitskiosk ergeben. Dabei ist von schätzungsweise bis zu vier Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Vollzeit bei durchschnittlich rund 72.320 Euro für 1 Personenjahr à 200 Arbeitstage mit je 8 Stunden auszugehen. Rund 100.000 Euro jährlich fallen für Administrationsausgaben an, wie Raummiete (bis zu 35.000 Euro pro Jahr) sowie etwa 65.000 Euro für die Qualifizierung von Personal, Geräte und Ausstattungsgegenstände, Drucksachen und Büromaterial, IT-Dienstleistungen, Webdesign, Internet und Versicherungen. Die Anschaffung der Geräte und Ausstattungsgegenstände fällt insbesondere bei der Errichtung eines Gesundheitskiosks an. Die für den Betrieb der Gesundheitskioske und die dort erbrachten Leistungen erforderlichen Aufwendungen sind von den Kommunen zu 20 Prozent anteilig zu tragen. Demnach entstehen für die Kreise und kreisfreien Städte pro Gesundheitskiosk Kosten in Höhe von rund 80.000 Euro jährlich. Die Gesamtkosten für die Kommunen sind von der Anzahl der Kioske abhängig. Einer ersten Schätzung zufolge könnten im Jahr 2025 deutschlandweit rund 30 Gesundheitskioske, im Jahr 2026 insgesamt etwa 60 Gesundheitskioske, im Jahr 2027 insgesamt rund 120 Gesundheitskioske und im Jahr 2028 insgesamt etwa 220 Gesundheitskioske errichtet sein. Das entspricht bei jährlichen Gesamtkosten in Höhe von rund 80.000 Euro pro Gesundheitskiosk für die Kommunen einem Erfüllungsaufwand von circa 2.400.000 Euro im Jahr 2025, 4.800.000 Euro im Jahr 2026, 9.600.000 Euro im Jahr 2027 und 17.600.000 Euro im Jahr 2028.

Der Abschluss eines Gesundheitsregionenvertrages führt bei der Verwaltung der Kommune abhängig von dem Ablauf der Vertragsverhandlungen zu einem einmaligen Erfüllungsaufwand in Höhe von insgesamt rund 10.000 Euro. Das entspricht einem Aufwand von vier Wochen für eine Mitarbeiterin beziehungsweise einen Mitarbeiter in Vollzeit im höheren Dienst (Verwaltungsebene Kommunen).

Die Kommunen tragen 50 Prozent der Investitions- und Betriebskosten, die für die Organisation beziehungsweise das Management einer Gesundheitsregion anfallen. Insgesamt ist hier von einem jährlichen Betrag in Höhe von rund 150.000 Euro pro Gesundheitsregion auszugehen. Die Gesamtsumme setzt sich aus rund 75 Prozent für Personalausgaben und rund 25 Prozent für Sachausgaben zusammen. Insgesamt ergeben sich jährliche Personalkosten in Höhe von bis zu 110.000 Euro pro Gesundheitsregion. Dabei ist von schätzungsweise bis zu einer Mitarbeiterin beziehungsweise einem Mitarbeiter in Vollzeit bei durchschnittlich rund 72.320 Euro für 1 Personenjahr à 200 Arbeitstage mit je 8 Stunden auszugehen und einer Mitarbeiterin beziehungsweise einem Mitarbeiter in Teilzeit bei durchschnittlich rund 36.160 Euro für 1 Personenjahr à 200 Arbeitstage mit je 4 Stunden auszugehen. Rund 40.000 Euro jährlich fallen für die Raummiete (bis zu 20.000 Euro) sowie rund 20.000 Euro für Administrationsausgaben, etwa die Qualifizierung von Personal, Geräte und Ausstattungsgegenstände, Drucksachen und Büromaterial, IT-Dienstleistungen, Webdesign, Internet, Versicherungen und Raumausstattung, an. Die Anschaffung der Geräte und Ausstattungsgegenstände fällt insbesondere bei der Etablierung einer Managementstruktur für eine Gesundheitsregion an. Pro Jahr fallen entsprechend einer hälftigen Kostentragung Kosten in Höhe von rund 75.000 Euro für die Kommune beziehungsweise die Kommunen an. Die jährlichen Gesamtkosten für die Kommunen sind von der Anzahl der errichteten Gesundheitsregionen abhängig. Einer ersten Schätzung zufolge könnten im Jahr 2025 deutschlandweit rund 40 Gesundheitsregionen, im Jahr 2026 insgesamt etwa 70 Gesundheitsregionen, im Jahr 2027 insgesamt rund 120 Gesundheitsregionen und im Jahr 2028 insgesamt etwa 200 Gesundheitsregionen etabliert sein. Das entspricht bei jährlichen Gesamtkosten in Höhe von rund 75.000 Euro pro Gesundheitsregion für die Kommunen

einem Erfüllungsaufwand von 3.000.000 Euro im Jahr 2025, 5.250.000 Euro im Jahr 2026, 9.000.000 Euro im Jahr 2027 und 15.000.000 Euro im Jahr 2028.

Der vorgesehene Abschluss von Kooperationsvereinbarungen zwischen Primärversorgungszentren und Kommunen (sofern örtlich kein Gesundheitskiosk besteht), führt bei der Verwaltung der betroffenen Kommunen zu einem einmaligen Erfüllungsaufwand je Primärversorgungszentrum, der voraussichtlich jeweils im unteren fünfstelligen Euro-Bereich liegen wird. Wie viele Primärversorgungszentren errichtet werden, ist derzeit noch nicht absehbar.

Durch die vorgesehene Kooperation von Kommunen mit Primärversorgungszentren (sofern örtlich kein Gesundheitskiosk besteht) können den Kommunen zusätzliche Kosten entstehen. Diese sind derzeit nicht bezifferbar, da nicht absehbar ist, wie viele Primärversorgungszentren errichtet werden und wie die individuell zu vereinbarenden Kooperationen ausgestaltet werden.

GKV und soziale Pflegeversicherung

Durch die vorgesehene Vertragsschließung über die Errichtung eines Gesundheitskiosks entsteht bei den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen insgesamt ein einmaliger Erfüllungsaufwand je Gesundheitskiosk in Höhe von etwa 32.000 Euro. Das entspricht bei den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen insgesamt einem Aufwand von rund drei Wochen für rund vier Mitarbeiterinnen beziehungsweise vier Mitarbeiter in Vollzeit im höheren Dienst (Verwaltungsebene Sozialversicherung). Es ist davon auszugehen, dass dieser Erfüllungsaufwand mit einer steigenden Anzahl an Verträgen abnimmt.

Der von der GKV zu tragende Anteil beträgt 74,5 Prozent der jährlichen Kosten in Höhe von insgesamt rund 400.000 Euro pro Gesundheitskiosk. Für einen Gesundheitskiosk fallen jährlich entsprechend Kosten in Höhe von rund 300.000 Euro für die GKV an. Die Aufwendungen der GKV werden dabei von den Landesverbänden der Krankenkassen und von den Ersatzkassen durch eine Umlage gemäß dem Anteil ihrer eigenen Versicherten gemessen an der Gesamtzahl der Versicherten aller Krankenkassen im jeweiligen Land erhoben. Die jährlichen Gesamtkosten für die GKV sind von der Anzahl der Kioske abhängig. Einer ersten Schätzung zufolge könnten im Jahr 2025 deutschlandweit rund 30 Gesundheitskioske, im Jahr 2026 insgesamt etwa 60 Gesundheitskioske, im Jahr 2027 insgesamt rund 120 Gesundheitskioske und im Jahr 2028 insgesamt etwa 220 Gesundheitskioske errichtet sein. Das entspricht bei jährlichen Gesamtkosten in Höhe von rund 300.000 Euro pro Gesundheitskiosk für die GKV einem Erfüllungsaufwand von circa 9.000.000 Euro im Jahr 2025, 18.000.000 Euro im Jahr 2026, 36.000.000 Euro im Jahr 2027 und 66.000.000 Euro im Jahr 2028.

Über die Leistungen der Gesundheitskioske in den Bereichen Gesundheitsförderung sowie Prävention und die Beratungsleistungen ergeben sich für die GKV mittel- und langfristig Minderausgaben.

Der Abschluss eines Gesundheitsregionenvertrages führt bei den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen abhängig von dem Ablauf der Vertragsverhandlungen zu einem einmaligen Erfüllungsaufwand in Höhe von etwa 32.000 Euro. Das entspricht bei den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen insgesamt einem Aufwand von rund drei Wochen für rund vier Mitarbeiterinnen beziehungsweise vier Mitarbeiter in Vollzeit im höheren Dienst (Verwaltungsebene Sozialversicherung).

Der von der GKV zu tragende Anteil der Investitions- und Betriebskosten, der für die Organisation beziehungsweise das Management einer Gesundheitsregion vorgesehen ist, beträgt 50 Prozent der jährlichen Gesamtkosten in Höhe von insgesamt rund 150.000 Euro. Pro Jahr fallen demnach rund 75.000 Euro je Gesundheitsregion für die GKV an. Die

Gesamtsumme setzt sich aus rund 75 Prozent für Personalausgaben und rund 25 Prozent für Sachausgaben zusammen. Einer ersten Schätzung zufolge könnten im Jahr 2025 deutschlandweit rund 40 Gesundheitsregionen, im Jahr 2026 insgesamt etwa 70 Gesundheitsregionen, im Jahr 2027 insgesamt rund 120 Gesundheitsregionen und im Jahr 2028 insgesamt etwa 200 Gesundheitsregionen etabliert sein. Das entspricht bei jährlichen Gesamtkosten in Höhe von rund 75.000 Euro pro Gesundheitsregion für die GKV einem Erfüllungsaufwand von circa 3.000.000 Euro im Jahr 2025, 5.250.000 Euro im Jahr 2026, 9.000.000 Euro im Jahr 2027 und 15.000.000 Euro im Jahr 2028.

Die Bildung einer Gesundheitsregion zielt unter anderem darauf ab, regionale Defizite der Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Versorgung zu beheben, Schnittstellen zu überwinden oder den Zugang zur regionalen Versorgung zu verbessern. Dadurch können etwa Krankheiten und Folgeerkrankungen vermieden und die Prävention gestärkt werden. Das wird mittel- und langfristig zu Minderausgaben für die GKV führen.

Durch die vorgesehene Vertragsschließung der Bundesmantelvertragspartner zur näheren Ausgestaltung der Primärversorgungszentren sowie für die auf dieser Grundlage vorzunehmende Überprüfung und Anpassung des EBM im Bewertungsausschuss entsteht bei dem GKV-Spitzenverband ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 10.000 Euro, der sich aus 150 Arbeitsstunden bei einem durchschnittlichen Stundensatz in Höhe von 66,20 Euro zusammensetzt.

Durch die Anpassung des EBM im Hinblick auf die Vergütung nichtärztlicher Leistungen, die in den Primärversorgungszentren erbracht werden, können der GKV Mehrausgaben entstehen. Diese Mehrausgaben lassen sich derzeit nicht beziffern, da die Anpassung der Vergütung maßgeblich davon abhängig ist, welche Einzelheiten und Anforderungen für die besondere hausärztliche Versorgung durch die Bundesmantelvertragspartner vereinbart werden und wie viele Primärversorgungszentren gegründet werden.

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.

Der dem GKV-Spitzenverband unter anderem für die Prüfung der Fördermittelanträge aus dem Medizinstudienplätze-Förderfonds entstehende Erfüllungsaufwand wird vollständig aus den von der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds für den Medizinstudienplätze-Förderfonds zur Verfügung zu stellenden Mitteln gedeckt.

Die Verfahrensvereinfachung im Rahmen der Prüfung 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, führt zur Beschleunigung der Bewilligungsverfahren und zu geringeren Verwaltungsaufwänden bei den gesetzlichen Krankenkassen und dem Medizinischen Dienst. Die Anträge sind zukünftig nur auf offensichtliche Unrichtigkeit zu prüfen. Die detaillierte Prüfung der Anspruchsberechtigung durch die gesetzlichen Krankenkassen unter Zuhilfenahme gutachterlicher Einschätzungen des Medizinischen Dienstes kann in den oben genannten Fällen regelmäßig entfallen. Eine genaue Bezifferung der Einsparungen ist aufgrund fehlender Daten insbesondere zum Anteil der Hilfsmittelanträge von 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

Den Kassenärztlichen Vereinigungen ist bei den Verträgen zur Errichtung eines Gesundheitskiosks Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Dadurch entsteht diesen je Vertrag ein einmaliger geringer Erfüllungsaufwand.

Durch die vorgesehene Vertragsschließung der Bundesmantelvertragspartner zur näheren Ausgestaltung der Primärversorgungszentren sowie für die auf dieser Grundlage vorzunehmende Überprüfung und Anpassung des EBM im Bewertungsausschuss entsteht bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ein einmaliger Erfüllungsaufwand von rund 10.000 Euro, der sich aus 150 Arbeitsstunden bei einem durchschnittlichen Stundensatz von 66,20 Euro zusammensetzt.

Beim Bewertungsausschuss werden alle drei Jahre rund 200 Arbeitsstunden notwendig, um der Berichtspflicht gegenüber dem BMG nach § 73a Absatz 6 Satz 2 SGB V nachzukommen, was bei einem Stundensatz von 66,20 Euro einem Erfüllungsaufwand von rund 13.000 Euro entspricht.

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

Die Klarstellungen zur Regelungsbefugnis der Kassenärztlichen Vereinigungen und ihrer Bundesvereinigungen, des G-BA sowie des Bewertungsausschusses die Durchführung hybrider und digitaler Sitzungen ihrer Organe und Entscheidungsgremien in ihren Satzungen beziehungsweise Geschäftsordnungen vorzusehen, verursachen bei diesen Selbstverwaltungsorganisationen keinen nennenswerten Erfüllungsaufwand. Die genannten Selbstverwaltungsorganisationen haben zum Erhalt ihrer Funktionsfähigkeit spätestens in der

Covid-19-Pandemie die technischen Voraussetzungen zur Durchführung hybrider und digitaler Sitzungen bereits geschaffen. Darüber hinaus können die Selbstverwaltungsorganisationen die Nutzung hybrider und digitaler Sitzungen in ihren Satzungen beziehungsweise Geschäftsordnungen nach den neuen Regelungen weitgehend selbst gestalten. Es kann vor diesem Hintergrund deshalb davon ausgegangen werden, dass vor allem durch die Ermöglichung der Bild- und Ton-Zuschaltung von Mitgliedern zu hybriden Sitzungen der Organe und Gremien voraussichtlich sogar Mittel zum Beispiel in Form von Reisekosten sowie personelle Ressourcen durch reduzierten Zeitaufwand für Sitzungsteilnahmen eingespart werden können.

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

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

Der dem BAS für die Verwaltung der Mittel des Medizinstudienplätze-Förderfonds entstehende Erfüllungsaufwand wird vollständig aus den von der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds für den Medizinstudienplätze-Förderfonds zur Verfügung zu stellenden Mitteln gedeckt.

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 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 von 14.000 Euro für die Herleitung und Vereinbarungen zur erstmaligen Festsetzung der auf die allgemeinen hausärztlichen Versorgungseleistungen 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 Prüfformen 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.

Das Gesetz zielt auf eine Verbesserung der individuellen Gesundheitskompetenz und gesundheitlichen Eigenverantwortung ab und unterstützt somit eine Verbesserung der Gesundheitschancen aller Einwohnerinnen und Einwohner. Über die vorgesehenen Gesundheitskioske, Gesundheitsregionen und Primärversorgungszentren wird es Kreisen und kreisfreien Städten gemeinsam mit den Krankenkassen zudem künftig noch besser gelingen, regional abgestimmt auf Versorgungsprobleme vor Ort zu reagieren. Das kann entweder Regionen betreffen, in denen viele sozial benachteiligte Menschen leben oder aber ländliche Regionen, die beispielsweise von einer alternden Gesellschaft, Abwanderung oder einer geringen Mobilität geprägt sind. Durch diese erweiterten Möglichkeiten, eine bedarfsorientierte gesundheitliche Versorgung zu gestalten, wird die Situation der Patientinnen und Patienten vor Ort zusätzlich verbessert. Entsprechend hat das Gesetz Auswirkungen auf die Wahrung und Förderung gleichwertiger Lebensverhältnisse.

VII. Befristung; Evaluierung

Eine Befristung der Regelungen ist nicht vorgesehen.

Der Gesetzentwurf zielt darauf ab, die Gesundheitsversorgung vor Ort in den Kommunen zu stärken und dabei gleichzeitig die individuelle Gesundheitskompetenz zu erhöhen. Eine Evaluierung der Gesundheitskioske soll alle drei Jahre, erstmals drei Jahre nach Inkrafttreten der Regelung, erfolgen. Dabei sollen die mit den Gesundheitskiosken verbundenen Auswirkungen auf die Gesundheitskompetenz, die Auswirkungen auf die Ergebnisqualität unter besonderer Berücksichtigung der gesundheitlichen Chancengleichheit, Nutzungsverhalten und -intensität, Zufriedenheit, Auswirkungen auf die Versorgungserbringung sowie die Wirtschaftlichkeit der Versorgung evaluiert werden. Als Kriterium kann darauf abgestellt werden, ob die Beratung dabei geholfen hat, die passenden medizinischen oder Präventions- sowie Gesundheitsförderungsangebote zu finden. Es soll dabei auch untersucht werden, ob Präventionsangebote oder Leistungserbringer erst aufgrund der Beratung in Anspruch genommen oder bestimmte Untersuchungen durchgeführt wurden und somit langfristig Kosten eingespart werden konnten.

Eine Evaluation erfolgt zudem insoweit, als der Bewertungsausschuss dem BMG nach § 73a Absatz 6 Satz 2 SGB V über die Entwicklung der abgerechneten nichtärztlichen Leistungen sowie über die Versorgungsqualität im Rahmen der besonderen hausärztlichen Versorgung in Primärversorgungszentren zu berichten hat. Der Bewertungsausschuss hat alle drei Jahre zu berichten, erstmalig zum ersten Tag des 30. auf die Verkündung folgenden Kalendermonats.

Auch hat der Bewertungsausschuss 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 Rentenzahlungsbetrags 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

Der Begriff des „Gesundheitskiosks“ hat sich in Projekten, die vom Innovationsfonds gefördert wurden, für Einrichtungen etabliert, die im Hinblick auf verschiedenste Gesundheitsleistungen Beratungen anbieten und durch die ein (strukturierter) Zugang zu einer adäquaten medizinischen Versorgung geschaffen werden soll (beispielsweise durch Überwindung sprachlicher Hürden). Da hierdurch die Gesundheit erhalten, wiederhergestellt oder der Gesundheitszustand verbessert wird, handelt es sich um eine Aufgabe der GKV als Solidargemeinschaft gemäß § 1 SGB V. Zudem wird durch Gesundheitskioske die individuelle Gesundheitskompetenz der Beratenen gestärkt, beispielsweise im Bereich der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention sowie der Gesundheitsförderung oder durch Erläuterung und Übersetzung von Diagnosen durch Informationsveranstaltungen zu Gesundheitsthemen und zur Orientierung und Navigation im Gesundheitswesen. Ziel ist es, dass jeder Mensch unabhängig von seinem sozialen Status die gleichen Gesundheitschancen erhält. Um dies zu gewährleisten, besteht insbesondere in Regionen und Stadtteilen mit einem hohen Anteil an sozial benachteiligten Personen oder in Regionen mit einem hohen Anteil an nicht deutschsprachigen Personen ein Bedarf für eine niedrigschwellige Anlaufstelle. Gleiches gilt für Regionen, die aufgrund ihrer Struktur benachteiligt sind. Anknüpfungspunkte für eine strukturelle Benachteiligung können Aspekte wie eine ländliche Lage mit einer nur geringen Besiedlung sein. Der Sachverstand der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung und das Wissen der Kommunen um die Besonderheiten vor Ort ergänzen sich hier zu einem umfassenden Beratungsangebot.

Während in der Aufbauphase die Beratungsaufgaben des Gesundheitskiosks im Mittelpunkt stehen und bei Bedarf medizinische Routineaufgaben durch qualifiziertes Personal im Rahmen ärztlicher Delegation durchgeführt werden können (hierzu näher Absatz 2), sollen in den Gesundheitskiosken perspektivisch auch Aufgaben der ergänzenden Primärversorgung wahrgenommen werden; dies soll insbesondere der Entlastungen von Ärztinnen und Ärzten dienen und einen Beitrag dazu darstellen, die Versorgung bei einem absehbaren Hausarztmangel auch langfristig sicherzustellen. Voraussetzung hierfür ist, dass für die konkreten Tätigkeiten gezielt qualifiziertes Pflegepersonal zur Verfügung steht. Gleichzeitig eröffnen diese neuen Tätigkeiten für Pflegefachpersonen auch neue Entwicklungs- und Karrierechancen und können zu einer Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufes beitragen. Außerdem sollen sich die Gesundheitskioske perspektivisch auch zu kommunalen Kompetenzzentren für Prävention und Gesundheitsförderung entwickeln, in denen die Krankenkassen im Zusammenwirken mit den Kommunen, insbesondere mit dem ÖGD, zu den Leistungen nach § 20a SGB V zur Gesundheitsförderung und Prävention in den kommunalen Lebenswelten beraten und diese koordinieren.

Zu Absatz 1

Um ein Angebot in Regionen mit entsprechendem Bedarf zu etablieren, werden die Krankenkassen auf Landesverbandsebene und die Ersatzkassen verpflichtet, gemeinsam mit einem oder mehreren Kreisen oder einer oder mehreren kreisfreien Städten Gesundheitskioske einzurichten. Das Initiativrecht für die Errichtung eines Kiosks liegt dabei bei den Kreisen oder kreisfreien Städten, das heißt diese können von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen den Abschluss eines schiedsfähigen Vertrages nach Absatz 3 verlangen und damit die Errichtung eines Gesundheitskiosks initiieren, sofern dabei eine enge Zusammenarbeit mit dem ÖGD gewährleistet ist. Die Vertragspartner sind in der Wahl der Struktur des Gesundheitskiosks frei. Die Gesundheitskioske sollen nur in Regionen mit einem hohen Anteil an sozial benachteiligten Personen und in strukturell benachteiligten Regionen errichtet werden. Indikator kann zum Beispiel ein hoher Anteil an Empfängern von staatlichen Transferleistungen wie Bürgergeld oder Sozialhilfe sowie ein hoher Anteil an wohnungslosen Menschen sein. Auch ein hoher Anteil an nicht deutschsprachiger Bevölkerung kann Indiz für eine soziale Benachteiligung sein. Es können auch mehrere Gesundheitskioske pro Kreis oder kreisfreier Stadt errichtet werden. Perspektivisch soll ein Kiosk die Beratung für circa 80 000 Einwohnerinnen und Einwohner sicherstellen. Das schließt nicht aus, dass insbesondere in dünn besiedelten Gegenden auch Kioske errichtet werden können, die die Beratung für weniger Einwohnerinnen und Einwohner sicherstellen. Der Gesundheitskiosk kann auch in Kooperation der Krankenkassen mit mehreren Kreisen oder kreisfreien Städten eingerichtet werden, wenn zum Beispiel in ländlichen Regionen mobile Versorgungsangebote kreisübergreifend die Leistung anbieten. Da das Angebot allen Personen unabhängig vom Versichertenstatus zur Verfügung steht (Absatz 2 Satz 4), müssen sich auch die privaten Krankenversicherungsunternehmen beteiligen. Hinsichtlich Nicht-Versicherter besteht in der Regel bereits eine Zuständigkeit der teilnehmenden Kommunen. Weitere Sozialleistungsträger, die gesundheitliche Präventions- oder Beratungsleistungen erbringen, wie zum Beispiel die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, können sich an den Kiosken beteiligen und ihre gesetzlichen Aufgaben im Gesundheitskiosk erbringen.

Wenn ein eventueller Pflegebedarf erkennbar wird oder wenn pflegende Angehörige sich an den Gesundheitskiosk wenden, ist vorrangig auf die Beratungsstrukturen der Pflegeversicherung aufmerksam zu machen und gegebenenfalls dorthin zu vermitteln – insbesondere auf die Beratung in bestehenden Pflegestützpunkten (§ 7c SGB XI) oder die Pflegeberatung der Pflegekassen, die auf Wunsch auch aufsuchend zu Hause stattfindet sowie auf Wunsch ebenfalls gegenüber Angehörigen oder weiteren Personen oder unter deren Einbeziehung (§ 7a SGB XI). Insoweit ist die Möglichkeit der Pflegekassen, sich an dem Angebot der Gesundheitskioske zu beteiligen, als nachrangig (siehe dazu auch Absatz 2 Satz 3) zu betrachten. Das schließt nicht aus, dass sich Gesundheitskioske und vor Ort bestehende Pflegestützpunkte vernetzen, um die jeweiligen Beratungsprozesse sinnvoll aufeinander aufbauen zu können.

Da es sich bei der Gesundheitsförderung um eine Aufgabe handelt, die sowohl die Zuständigkeiten der GKV als auch jene der Kommunen und des bei den Kommunen angesiedelten ÖGD betrifft, ist als Voraussetzung für die Errichtung eines Gesundheitskiosks eine enge Kooperation mit dem ÖGD zu gewährleisten (zum Beispiel Mitwirkung bei Prävention und Gesundheitsförderung, Durchführung von Impfungen in den Räumen des Gesundheitskiosks im Rahmen der bestehenden Delegationsmöglichkeiten). Gesundheitskioske sollen an die vielfältigen vorhandenen kommunalen Strukturen und Einrichtungen anknüpfen, Ressourcen und Synergien sollen sinnvoll genutzt werden. Denkbar sind beispielsweise Kooperationen mit kommunalen Beratungsstrukturen, wie Jugendämtern, Familienzentren, kinder- und jugendärztlichen Diensten, sozialpsychiatrischen Diensten, Integrationszentren, Ämtern für Familie und Jugend, Ämtern für Soziale Dienste, Koordinierungsstellen „Gesundheitliche Chancengleichheit“, Stadtteil-/Quartiersmanagementbüros, Netzwerk Frühe Hilfen etc.

Zu Absatz 2

Der Schwerpunkt der Aufgaben der Kioske liegt in der Beratung, um insbesondere die Navigation der Patientinnen und Patienten im Gesundheitswesen zu verbessern sowie ihre individuelle Gesundheitskompetenz zu erhöhen. Bei den Beratungen sollten die jeweiligen Leistungsansprüche je nach Versichertenstatus berücksichtigt werden. Hierzu gehören auch Informationen über die Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. Der Kiosk hilft außerdem bei der Suche nach den passenden Angeboten, gegebenenfalls begleitet er die Betroffenen zu Arztbesuchen. Er hilft, die verschiedenen Sozialleistungsbereiche bezogen auf die medizinische Versorgung besser zu verzahnen.

Ein weiterer Schwerpunkt ist die gesundheitliche Prävention und Gesundheitsförderung. Der Kiosk kann hier zum Beispiel zertifizierte Präventionsangebote vermitteln und Informationsveranstaltungen zu Gesundheitsthemen anbieten. Dabei sollen auch die besonderen Bedürfnisse vulnerabler Personengruppen in den Blick genommen werden, so dass beispielsweise auf bestimmte Zielgruppen zugeschnittene Präventionsangebote bekannt gemacht werden oder solche, die auf besondere Belange Rücksicht nehmen, beispielsweise von pflegenden Angehörigen, Alleinerziehenden, arbeitslosen Menschen, Menschen in Mindestsicherung oder Menschen mit Migrationshintergrund. Sofern medizinisch angezeigt, sollen die Gesundheitskioske Empfehlungen für Leistungen der Krankenkassen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 oder für andere Angebote zur verhaltensbezogenen Prävention, wie die vom Deutschen Olympischen Sportbund e.V. und der Bundesärztekammer empfohlenen Bewegungsangebote in Sportvereinen oder für Angebote zur Förderung einer ausgewogenen Ernährung aussprechen. Bei diesen Angeboten ist die räumliche Nähe zum Wohnort zu berücksichtigen. Der Verweis in Absatz 2 Nummer 2 auf die entsprechende Anwendung des § 20 Absatz 5 Satz 2 stellt sicher, dass die Präventionsempfehlung eines Gesundheitskiosks von den Krankenkassen bei der Entscheidung über diese Leistungen zu berücksichtigen ist. Die Präventionsempfehlung schränkt insofern den Ermessensspielraum der Krankenkassen insbesondere hinsichtlich der Bedarfsprüfung ein. Damit wird dazu beigetragen, dass Präventionsleistungen gezielt diejenigen Menschen erreichen, die sie benötigen. Auch soll über Angebote zur Früherkennung von Krankheiten (Sekundärprävention), wie zum Beispiel von bestimmten Krebserkrankungen, sowie über rehabilitative Angebote (Tertiärprävention), wie zum Beispiel Herzsportgruppen, informiert und hierzu beraten werden.

Im Rahmen der Beratung und Unterstützung geht es darum, den medizinischen und sozialen Bedarf zu ermitteln und dabei auch Angebote Förderung der Gesundheit zu vermitteln, die über eine rein medizinische Versorgung hinausgehen (zum Beispiel Sportvereine). Damit die Vermittlung von ärztlichen Behandlungsterminen gelingt, kann in den Verträgen beispielsweise der Aufbau beziehungsweise die Nutzung eines Netzwerkes von Ärztinnen und Ärzten sowie Krankenhäusern vorgesehen werden. Dadurch wäre zugleich sichergestellt, dass Ärztinnen und Ärzte für die Übertragung delegationsfähiger Tätigkeiten auf die Gesundheitskioske zur Verfügung stehen. Dabei ist sicherzustellen, dass das Angebot des Gesundheitskiosks koordiniert mit vergleichbaren Angeboten, etwa mit denen der von den Kassenärztlichen Vereinigungen betriebenen Terminservicestellen (TSS), erbracht wird. Auch sollen die Patientinnen und Patienten bei Bedarf über die ohne vorherige Terminvereinbarung angebotenen offenen Sprechstunden informiert werden, die insbesondere von Fachärztinnen und Fachärzten der grundversorgenden und wohnortnahen Patientenversorgung abgehalten werden. Hierfür können die im Internet zu den offenen Sprechstunden veröffentlichten Informationen der Kassenärztlichen Vereinigungen herangezogen werden. Bei der Beratung zu und der Vermittlung von Leistungen zur medizinischen Behandlung und Anleitung zu deren Inanspruchnahme sollen auch telemedizinische Leistungen, wie etwa die Videosprechstunde oder die Möglichkeit der Nutzung von Telekonsilen zum Beispiel für das Einholen einer Zweitmeinung, berücksichtigt werden. Dabei können im Rahmen der Gesundheitskioske sowohl eine Beratung über ambulante telemedizinische Leistungen als auch die Anleitung zu deren Inanspruchnahme stattfinden. Durch die Einbindung der Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen des Vertrags nach Absatz 3 kann

unter anderem gewährleistet werden, dass die Leistungen der Gesundheitskioske die Angebote der TSS sinnvoll ergänzen können.

Die Koordinierung der erforderlichen Gesundheitsleistungen und Anleitung zu deren Inanspruchnahme beinhaltet ein umfassendes „case management“ einschließlich der Unterstützung und Nachbetreuung bei Arztbesuchen und der Überwindung von Sprachbarrieren. Eine Überwindung von Sprachbarrieren kann auch mit Hilfe von geeigneten digitalen Anwendungen erfolgen.

Soweit im Einzelfall Beratungsbedarf durch die Pflegekassen besteht, ist auf deren Beratungsangebote hinzuweisen. Diese Vorgabe geht einer Beteiligung der Pflegekassen an den Gesundheitskiosken vor, schließt aber eine Vernetzung bestehender Beratungsstellen nicht aus (siehe auch Begründung zu Absatz 1).

Synergien, Kooperationen oder die Beteiligung anderer in dem Themenbereich tätiger Akteure wie zum Beispiel der Clearingstellen sowie entsprechender Beratungsangebote sollen bei der Etablierung der Gesundheitskioske berücksichtigt werden.

Das Versorgungsmanagement nach § 11 Absatz 4 SGB V, wonach Leistungserbringer verpflichtet sind, in Zusammenarbeit mit den Krankenkassen eine sachgerechte Anschlussversorgung an eine vorangegangene Versorgung sicherzustellen, bleibt unberührt. Primäre Aufgabe des Kioskes ist es, zu beraten und Zugang in die präventive und kurative Gesundheitsversorgung zu organisieren. Überschneidungen mit den jeweiligen Aufgabenbereichen anderer Verantwortlicher sind zu vermeiden.

Eine Teilaufgabe ist auch die Klärung von gesundheitlichen und damit verbundenen sozialen Angelegenheiten und die Bildung von Gesundheitsnetzwerken, in dem alle Anbieter zusammengeschlossen sind, die für die weitere Versorgung einschließlich kommunaler Angebote erforderlich sind.

In den Innovationsprojekten zum Gesundheitskiosk hat es sich sowohl als arzt- als auch als patientenentlastend erwiesen, dass entsprechend qualifiziertes Pflegepersonal medizinische Routineleistungen in den Kiosken erbringt. Denkbar sind zum Beispiel die Durchführung von Testungen auf eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2, die Messung von Blutdruck und Blutzucker, der Verbandswechsel, die Wundversorgung und subkutane Injektionen. Voraussetzung bei delegierbaren Leistungen ist, dass diese Leistungen von Ärztinnen und Ärzten veranlasst und verantwortet werden. Dies kann sowohl durch Ärztinnen und Ärzte, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, als auch durch Ärzte des ÖGD geschehen. Zukünftig ist es denkbar, dass qualifiziertes Pflegepersonal Folgeverordnungen qualifiziertes Pflegepersonal Folgeverordnungen für Verband-, Heil- und Hilfsmittel sowie häusliche Krankenpflege und Überweisungen an Fachärztinnen und -ärzte ausstellt. Als erster Anknüpfungspunkt könnte der Katalog übertragbarer ärztlicher Tätigkeiten und therapeutisch-pflegerischer Aufgaben des Rahmenvertrags zu den verpflichtenden Modellvorhaben nach § 64d SGB V herangezogen werden.

Die Leitung des Gesundheitskiosks übernimmt eine Pflegefachkraft. Hierunter fallen alle Personen, die über die Erlaubnis zum Führen einer der folgenden Berufsbezeichnungen verfügen: Gesundheits- und Krankenpflegerin oder Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpflegerin oder Altenpfleger oder Pflegefachfrau oder Pflegefachmann, perspektivisch Pflegefachkräfte mit Heilkundekompetenz im Sinne von community health nursing. Die Leitung des Gesundheitskiosks entwickelt diesen unter Anwendung entsprechender Kriterien zu einer gesundheitskompetenten Organisation, die den Zugang zu und das Verständnis für Gesundheitsinformationen für die Zielgruppe insbesondere im Hinblick auf die praktische Anwendung von Gesundheitsinformationen systematisch erleichtert.

Zu Absatz 3

Über die Einzelheiten zur Errichtung, Organisation und Aufgabenerfüllung der Gesundheitskioske sowie zum Einsatz von Finanzmitteln schließen die Beteiligten nach Absatz 1 Satz 1 im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. unter Berücksichtigung der in Absatz 2 beschriebenen Aufgabenstellung einen Vertrag (Einzelvertrag). Bei den darin zu regelnden Einzelheiten zur Einrichtung, Organisation und Aufgabenerfüllung der Gesundheitskioske sind die Belange von Menschen mit Behinderung zu berücksichtigen. Dies betrifft insbesondere Aspekte der Barrierefreiheit. In den Verträgen ist auch die Finanzierung zu regeln, für die ein Rahmen vorgegeben wird. In die Finanzierungsregelungen einzubeziehen sind insbesondere die Kosten für die unmittelbar erbrachten Leistungen, die Aufwendungen für das eingesetzte Personal, die Aufwendungen für den Erbringungsort der Leistungen einschließlich der technischen Ausstattung und für die nach Absatz 4 durchzuführende Evaluation. Die Leistung kann auch in Räumen der Krankenkasse oder der Kommunen, zum Beispiel in den Räumen des ÖGD, erbracht werden. Denkbar sind auch mobile Leistungsorte, etwa Busse, die das Angebot zur Bevölkerung transportieren. Sinnvoll ist dies insbesondere in ländlichen Regionen. Bei der Finanzierung ist die Verantwortungsverteilung von gesetzlicher und privater Krankenversicherung und Kommunen zu berücksichtigen.

Während die GKV gemäß § 1 Absatz 1 SGB V für den Erhalt, die Wiederherstellung und die Verbesserung des Gesundheitszustands zuständig ist, liegt der Verantwortungsbereich der Kommunen in der allgemeinen Daseinsvorsorge. Die Aufgabe der GKV umfasst zudem die Förderung der Gesundheitskompetenz der Versicherten. Allerdings sind die Zuständigkeiten zwischen der GKV und der Kommunen nicht immer trennscharf abzugrenzen. Um die Verhandlungen zu erleichtern, soll daher eine pauschale Kostenverteilung gewählt werden.

Da sich die allgemeine Aufgabenbeschreibung der GKV zu großen Teilen mit den Aufgaben des Gesundheitskiosks deckt, ist es sachgerecht, dass die gesetzlichen Krankenkassen 74,5 Prozent der Aufwendungen für die Kioske tragen. Der von den Kommunen verantwortete Teil der Daseinsvorsorge ist durch den pauschalen Finanzierungsanteil von 20 Prozent abgedeckt. Entsprechend dem Versichertenanteil an der Gesamtbevölkerung abzüglich eines Anteils zur Berücksichtigung der Beihilfeberechtigten sollten die Unternehmen der privaten Krankenversicherung sich mit 7 Prozent des Finanzierungsanteils beteiligen, den die gesetzliche und private Krankenversicherung gemeinsam tragen. Dies entspricht 5,5 Prozent der Gesamtkosten. Die Kostenregelung zwischen den Kommunen und den Krankenkassen kann auch von dieser Aufteilung abweichen oder konkrete leistungsbezogene Kostenteilung vorsehen. Gegebenenfalls können die Anteile auch durch die Zurverfügungstellung von Räumen oder Personal erbracht werden. Ein Schiedsverfahren stellt sicher, dass die Verträge zustande kommen.

Die von den Krankenkassen zu tragenden Kosten sind als nicht-morbiditätsbezogene Leistungsausgaben bei den Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigen.

In den Verträgen sind zudem die Einzelheiten für eine Zusammenarbeit mit dem ÖGD zu konkretisieren. Hierdurch soll der Aufbau von Doppelstrukturen verhindert und die Einzelheiten für eine Kooperation bei Aufgaben des ÖGD, zum Beispiel bei der Durchführung von Impfungen in den Räumen des Gesundheitskiosks, festgelegt werden.

Zu Absatz 4

Die Beteiligten nach Absatz 1 beauftragen einen unabhängigen Dritten mit der wissenschaftlichen Evaluation der Beratungsangebote. Ziel ist es, die Auswirkungen der Beratungsangebote auf die Gesundheitskompetenz der Betroffenen zu untersuchen, beispielsweise, ob die Beratung dabei geholfen hat, die passenden medizinischen oder Präventions- sowie Gesundheitsförderungsangebote zu finden und zu nutzen. Untersucht werden sollte ebenfalls, ob Präventionsangebote oder Leistungserbringer erst aufgrund der Beratung in

Anspruch genommen oder bestimmte Untersuchungen durchgeführt wurden und somit langfristig Kosten eingespart werden konnten. Insgesamt sollten die Auswirkungen auf die Versorgungserbringung evaluiert werden, zu denen ein verbesserter Zugang zu Versorgung, die Entlastung der Krankenhäuser sowie der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, die Vernetzung und die Versorgungspfade gehören. Dabei sollten auch allgemeine Informationen zur Inanspruchnahme der Gesundheitskioske (zum Beispiel Anzahl der Beratungen/Erst- oder Folgegespräche) erhoben werden. Die Finanzierung der Evaluation soll anteilig von den Beteiligten nach Absatz 1 Satz 1 und 2 getragen werden. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen berichten gemeinsam dem BMG schriftlich alle drei Jahre, erstmals drei Jahre nach Inkrafttreten der Regelung, über das Ergebnis der Evaluation.

Zu Nummer 8

Die hausärztliche Versorgung steht vor besonderen Herausforderungen. Zum einen wird es insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Regionen zunehmend schwieriger, Hausärztinnen und Hausärzte für eine Niederlassung zu gewinnen. Zum anderen führt die demographische Entwicklung insbesondere dort zu einer Zunahme älterer und multimorbider Patientinnen und Patienten, sodass sich auch die inhaltlichen Anforderungen an die medizinische Grundversorgung wandeln. Erforderlich ist daher ein breiter, koordinierter Ansatz, der auch die Verbindung zu sozialer Beratung und Unterstützung herstellt. Zudem soll durch eine vernetzte und kooperativ aufgestellte Zusammenarbeit sowie die Unterstützung und Entlastung der ärztlichen Arbeit durch nichtärztliche Fachkräfte die Attraktivität zur Niederlassung in Regionen mit Versorgungsschwierigkeiten gesteigert werden.

Vor dem Hintergrund der geschilderten Ausgangslage und positiven Erfahrungen in zahlreichen Modellprojekten werden Primärversorgungszentren als neuer Versorgungsansatz nunmehr im SGB V eingeführt. Der Ansatz soll erstmals für Regionen zum Tragen kommen, in denen Versicherte vor besonderen Herausforderungen bei der Erfüllung ihrer medizinischen und sozialen Bedarfe stehen. Anerkannte Primärversorgungszentren können im Rahmen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen (EBM) zusätzliche Vergütungen erhalten, die insbesondere die Anstellung zusätzlicher nichtärztlicher Fachkräfte ermöglichen können.

Zu Absatz 1

In Absatz 1 werden Primärversorgungszentren als Einrichtungen gesetzlich verankert und die Besonderheiten, die ein Primärversorgungszentrum auszeichnen, normiert. Danach haben Primärversorgungszentren ein hausärztliches Versorgungsangebot zur Verfügung zu stellen, das durch zusätzliche berufsgruppenübergreifende, koordinierte, kooperative und versorgungssteuernde Versorgungselemente gekennzeichnet ist. Ziel ist es, dass nichtärztliche Fachkräfte des Primärversorgungszentrums dort, wo es nötig ist, Versicherte mit besonderen medizinischen und gegebenenfalls auch sozialen Bedarfen in gesteigertem Maße unterstützen. Hierzu gehört es zum Beispiel, sie bei der Therapie oder der Organisation der Versorgung intensiver zu begleiten und in einer Weise beratend und koordinierend zur Seite zu stehen, wie es in einer normalen hausärztlichen Praxis personell und zeitlich nicht leistbar ist. Zusätzliche nichtärztliche Fachkräfte können sich auch die Zeit nehmen, individueller auf die Versicherten einzugehen, deren gesundheitlichen Belange und auch belastende Lebensumstände besser zu erfassen und sie rechtzeitig, effektiv und effizient an die richtige Stelle innerhalb der vorhandenen Versorgungsstrukturen zu leiten. Hierdurch kann eine deutliche Verbesserung der Versorgung erreicht werden. Dies ist vor allem dann möglich, wenn entsprechend vernetzte Strukturen aufgebaut sind, die eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte, kooperative Versorgung ermöglichen.

Damit bieten Primärversorgungszentren auch die Möglichkeit, Ärztinnen und Ärzte zu entlasten und ihnen mehr Zeit für die Wahrnehmung ihrer medizinischen Kernaufgaben einzuräumen. Insbesondere die Beschäftigung von nichtärztlichen Mitarbeiterinnen und

Mitarbeitern wie zum Beispiel Pflegefachkräften oder medizinischen Fachangestellten (gegebenenfalls mit Zusatzqualifikation wie beispielsweise die einer Community Health Nurse) und die Kooperation mit nichtärztlichen Leistungserbringern (zum Beispiel mit Heilmittelerbringern und Hebammen) und Gesundheitskiosken oder Kommunen dient der Umsetzung des intendierten breiten berufsgruppenübergreifenden Versorgungsansatzes.

Somit wird in Primärversorgungszentren zum einen eine „normale“ hausärztliche Versorgung nach den bestehenden gesetzlichen Rahmenbedingungen und zum anderen eine zusätzliche hausärztliche Versorgung erbracht. Letztere ist – anders als die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b – der kollektivvertraglich organisierten Regelversorgung zuzuordnen. Inhaltlich können sich die zusätzlichen Versorgungselemente des § 73b und des neuen § 73a jedoch auch überschneiden.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt, wer ein Primärversorgungszentrum errichten kann. Hierzu sollen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Berufsausübungsgemeinschaften, Praxisgemeinschaften und MVZ berechtigt sein. Diese müssen jeweils über mindestens drei volle hausärztliche Versorgungsaufträge verfügen. Diese vorgegebene Mindestgröße soll gewährleisten, dass ein Versorgungsumfang von gewissem Gewicht und eine Versorgungskontinuität gesichert sind. So kann zum Beispiel ein Ausfall einer Ärztin oder eines Arztes des Primärversorgungszentrums über die Möglichkeit der internen Vertretung einfacher von den Übrigen aufgefangen werden.

Primärversorgungszentren können in Gebieten errichtet werden, in denen der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine Unterversorgung oder drohende Unterversorgung in Bezug auf die hausärztliche Versorgung festgestellt hat. Denn dort ist es für die Versicherten besonders schwierig, die medizinisch notwendige, ihnen zustehende Behandlung auch zu realisieren. Umso wichtiger ist es, dass sie dort eine besondere Unterstützung erfahren. Häufig ist es in diesen Gebieten auch nicht immer leicht, entsprechend der medizinischen Notwendigkeit Zugang zu Fachärztinnen und Fachärzten und zu anderen nicht-ärztlichen Leistungserbringern zu erhalten. Insofern sind hier koordinierende Hilfen besonders wichtig. Die Arbeit in einem Primärversorgungszentrum bietet – insbesondere für junge Ärztinnen und Ärzte – auch die Möglichkeit, Bedürfnissen nach flexiblen Arbeitsmodellen und einer Tätigkeit in Teamstrukturen Rechnung zu tragen. Im Hinblick darauf, dass es gerade in ländlichen und strukturschwachen Regionen oft schwer ist, Leistungserbringer für eine Niederlassung oder als Angestellte zu gewinnen, soll mit den Primärversorgungszentren ein attraktives Arbeitsumfeld insbesondere für junge Hausärztinnen und Hausärzte, aber auch für andere Berufsgruppen geschaffen und damit ein positiver Impuls für benachteiligte Regionen erzielt werden.

Zu Absatz 3

Absatz 3 normiert die Anforderungen, die ein Primärversorgungszentrum erfüllen muss.

Nummer Buchstabe a sieht vor, dass das Primärversorgungszentrum eine Kooperationsvereinbarung mit einem Gesundheitskiosk nach § 65g abschließt, sofern ein solcher im jeweiligen Kreis oder der jeweiligen kreisfreien Stadt besteht. Diese Voraussetzung dient dazu, den Versicherten auch allgemeine Beratungs- und Unterstützungsangebote zur medizinischen, präventiven und sozialen Bedarfsermittlung zur Verfügung zu stellen. Dadurch erfolgt eine Verknüpfung der im Primärversorgungszentrum geleisteten medizinischen Versorgung mit den Beratungs-, Unterstützungs- und Koordinierungsangeboten der Gesundheitskioske. Sofern es im Kreis oder in der kreisfreien Stadt mehrere Gesundheitskioske gibt, können auch Kooperationsverträge mit mehreren Kiosken abgeschlossen werden. Inwiefern diese Möglichkeit umgesetzt wird, wird von den konkreten Gegebenheiten vor Ort, insbesondere auch der Erreichbarkeit der Kioske für Patientinnen und Patienten des Primärversorgungszentrums, abhängen.

Für den Fall, dass es keinen Gesundheitskiosk gibt, mit dem kooperiert werden kann, sind Primärversorgungszentren nach Nummer 1 Buchstabe b verpflichtet, eine Kooperationsvereinbarung mit dem jeweiligen Kreis oder der jeweiligen kreisfreien Stadt zu schließen. In dieser Kooperationsvereinbarung kann geregelt werden, wie kommunale Dienste (zum Beispiel des Gesundheitsamtes, sozialer Dienste oder des Jugendamtes) in das Primärversorgungszentrum integriert werden. Dies kann zum Beispiel durch Bereitstellung von Räumen im Primärversorgungszentrum, in das die Kommune Mitarbeitende entsendet, geschehen.

Nummer 2 bringt den bereits angesprochenen berufsübergreifenden Kooperationsgedanken zum Ausdruck (siehe Begründung zu Absatz 1). Primärversorgungszentren müssen eine breite Vernetzung, insbesondere eine Kooperation mit Ärztinnen und Ärzten oder Einrichtungen der fachärztlichen Versorgung und mit nichtärztlichen Leistungserbringern, gewährleisten. Denn diese ermöglicht entsprechend dem koordinativen und kooperativen Ansatz eine effiziente und effektive Versorgungssteuerung, die auch zu dem angestrebten Ziel führt, eine zeitgerechte, den medizinischen Notwendigkeiten entsprechende Behandlung zu ermöglichen.

Nummer 3 stellt sicher, dass ein Primärversorgungszentrum auch die nach Absatz 5 von den Bundesmantelvertragspartnern zu vereinbarenden Anforderungen erfüllt. Dabei handelt es sich um personelle und sächliche, aber auch um sonstige Anforderungen wie zum Beispiel an die Qualifikation der nichtärztlichen Fachkräfte und an die Qualitätssicherung (siehe Begründung zu Absatz 5).

Zu Absatz 4

Absatz 4 sieht vor, dass die zuständige Kassenärztliche Vereinigung auf Antrag des Vertragsarztes, der Berufsausübungsgemeinschaft oder des MVZ überprüft und feststellt, ob er, sie beziehungsweise es die Anforderungen des Absatzes 3 erfüllt und als Primärversorgungszentrum anzuerkennen ist. Wenn die Voraussetzungen gegeben sind, muss die Kassenärztliche Vereinigung dem Antrag entsprechen.

Wandelt sich in einem Gebiet, für das eine Unterversorgung oder drohende Unterversorgung festgestellt wurde, die Versorgungssituation und hebt der Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen seine Feststellung wieder auf, hat dies keinen Einfluss auf die Entscheidung der Kassenärztlichen Vereinigung nach Absatz 4 und die Berechtigung zum Betrieb eines Primärversorgungszentrums.

Zu Absatz 5

In Absatz 5 wird den Bundesmantelvertragspartnern (Kassenärztlicher Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband) die Aufgabe übertragen, das gesetzgeberische Konzept von Primärversorgungszentren zu konkretisieren und Einzelheiten zu regeln. Hierbei können Erfahrungen, die im Rahmen von Modell- und Pilotprojekten zu Primärversorgungszentren, Portzentren oder ähnlichen Einrichtungen gewonnen wurden, einfließen.

Im Bundesmantelvertrag ist Näheres zu den Inhalten und Zielen der berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und kooperativen medizinischen Versorgung in den Primärversorgungszentren zu vereinbaren (Nummer 1). Dieser Regelungsauftrag überträgt den Bundesmantelvertragspartnern die Konkretisierung der wesentlichen Rahmenbedingungen der neuen Versorgungsform. Festzulegen ist insbesondere, welche Art von Unterstützung durch nichtärztliche Fachkräfte (zum Beispiel Pflegefachkräfte, qualifizierte medizinische Fachangestellte oder ähnliches.) ein Primärversorgungszentrum anbieten muss, um als solches anerkannt zu werden. Bei der Zielformulierung ist entsprechend dem breiten Versorgungsansatz von Primärversorgungszentren nicht nur eine Verbesserung der kurativen Behandlungsmöglichkeiten, sondern sind auch Verbesserungen im präventiven und sozialen

Bereich in den Blick zu nehmen. Durch verstärkte Kooperationen, Koordination und Vermittlungen soll erreicht werden, dass auch diese Bedarfe gedeckt werden.

Das hausärztliche Versorgungsangebot des § 73a kann nur erbracht werden, wenn hierfür auch die erforderliche personelle und sächliche Ausstattung vorliegt. Um hier einheitliche Voraussetzungen zu schaffen, haben die Bundesmantelvertragspartner hierzu entsprechende Festlegungen zu treffen (Nummer 2). In Bezug auf das ärztliche Personal wird bereits im Gesetz (siehe 2 Satz 1) vorgegeben, dass die errichtungsberechtigten vertragsärztlichen Leistungserbringer mindestens über drei volle hausärztliche Versorgungsaufträge verfügen müssen. Im Bundesmantelvertrag sind daher vornehmlich Festlegungen für das nichtärztliche Personal und für Ärztinnen und Ärzte allenfalls noch ergänzende Regelungen zu treffen.

Für die Frage, ob ein Primärversorgungszentrum die ihm obliegenden Aufgaben auch hinreichend erfüllen kann, ist nicht nur die Anzahl der dort tätigen Personen, sondern auch ihre Qualifikation entscheidend. Im Hinblick darauf, dass nichtärztliche Fachkräfte wesentliche, ein Primärversorgungszentrum kennzeichnende Aufgaben erfüllen, muss sichergestellt werden, dass diese auch von entsprechend qualifizierten Personen wahrgenommen werden. Deshalb sieht Nummer 3 vor, dass im Bundesmantelvertrag auch die Anforderungen an die Qualifikation zu regeln sind. Sofern es fachlich sinnvoll sein sollte, auch für die Ärztinnen und Ärzte bestimmte zusätzliche Qualifikationen vorzusehen (zum Beispiel eine spezifische Fortbildung), ist dies ebenfalls im Bundesmantelvertrag zu regeln.

Eine breite und gute Vernetzung der Primärversorgungszentren mit anderen Leistungserbringern ist Grundvoraussetzung dafür, dass Patientinnen und Patienten die von ihnen benötigte medizinisch notwendige Behandlung in adäquater Zeit erhalten. Eine individuelle Versorgungssteuerung kann nur erfolgreich sein, wenn das Primärversorgungszentrum gut mit anderen, in der Umgebung tätigen Leistungserbringern zusammenarbeitet. Deshalb ist in Nummer 4 vorgesehen, dass die Bundesmantelvertragspartner auch die Anforderungen konkretisieren, die an die Kooperation mit anderen Leistungserbringern gestellt werden. Denn funktionierende Kooperationen mit Ärztinnen und Ärzten oder Einrichtungen der fachärztlichen Versorgung, die auch die wichtigsten Fachgebiete abdecken, und mit nichtärztlichen Leistungserbringern (zum Beispiel Heilmittelerbringern und Hebammen) wirken sich unmittelbar positiv auf die Versorgung der Versicherten aus. Dabei sollen insbesondere auch die bestehenden Möglichkeiten der telemedizinischen Leistungserbringung wie Telekonsile, Videosprechstunden oder telemedizinische Fallkonferenzen berücksichtigt werden.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband haben auch zu bestimmen, welche Maßnahmen ein Primärversorgungszentrum über die ohnehin für ärztliche Leistungserbringer bereits geltende Verpflichtung zur Qualitätssicherung hinaus zusätzlich zu ergreifen hat, damit die besonderen Versorgungselemente auch qualitätsgesichert erbracht werden (Nummer 5).

Absatz 5 eröffnet als nicht abschließende Aufzählung auch die Möglichkeit, über die in Absatz 5 Nummer 1 bis 5 genannten Regelungsgegenstände hinaus weitere Einzelheiten zu regeln, die für das untergesetzliche Detailkonzept von Bedeutung sind.

Sofern die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband sich nicht auf die nach Absatz 5 zu treffenden Regelungen einigen können, legt das Bundesschiedsamt nach § 89 Absatz 2 den Vertragsinhalt fest.

Zu Absatz 6

Für ärztliche und delegationsfähige Leistungen im Rahmen der besonderen hausärztlichen Versorgung in Primärversorgungszentren gilt der EBM. Absatz 6 sieht einen Auftrag an den Bewertungsausschuss vor, auf Grundlage der Vereinbarung der Bundesmantelvertragspartner nach Absatz 5 den EBM insbesondere im Hinblick auf die Vergütung nichtärztlicher

Leistungen zu überprüfen und innerhalb von sechs Monaten nach Abschluss der Vereinbarung durch die Bundesmantelvertragspartner anzupassen. Darüber hinaus erhält der Bewertungsausschuss den Auftrag, dem BMG über die Entwicklung der abgerechneten nicht-ärztlichen Leistungen sowie über die Versorgungsqualität im Rahmen der besonderen hausärztlichen Versorgung in Primärversorgungszentren zu berichten. Das BMG kann das Nähere zum Inhalt des Berichts und zu den dafür erforderlichen Auswertungen bestimmen.

Zu Nummer 9

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 10

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 vergrößerten Nachbesetzungsproblematik und der demographischen Entwicklung der Versichertengemeinschaft sind die Kapazitäten der Hausärztinnen und Hausärzte effizient zu nutzen. Hierzu gehört auch, dass wiederholte quartalsweise Arzt-/Praxis-Patienten-Kontakte, die aus medizinischer Sicht nicht erforderlich sind, vermieden werden, um die Praxen und das dort tätige ärztliche und nicht-ärztliche Personal zu entlasten. Dies betrifft insbesondere die Behandlung von chronisch kranken Patientinnen und Patienten, 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 quartalsabhängigen 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 Vorhaltung von Kooperationen und Netzwerken zur besseren Versorgung insbesondere von multimorbiden oder geriatrischen Patienten und die kontinuierliche Erbringung postoperativer Nachsorgen. Bei Versicherten, für die die 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 Samstagssprechstunden 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 11

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 Ausgleichszahlungen 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 12

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 13

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 14

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 Gutachter Tätigkeit 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 einzubeziehen. 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 Einvernehmenserfordernis 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 Verdienstaufschlags 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 15

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 Sicherheitsbedürfnis der Kassenärztlichen oder Kassenzahnärztlichen Vereinigung und der Krankenkassen ausgerichtet werden. Hierbei können etwa die Anzahl der Arztstellen, die vorliegenden Facharztpraxen und die durchschnittlichen Regressbeträge der vertretenen Fachgruppen, der Honorarumsatz des MVZ sowie der Umsatz an verordneten Arznei- und Heilmitteln berücksichtigt werden. Die Regelung gilt auch für die Sicherheitsleistungen der Gesellschafter nichtkommunaler MVZ in der Rechtsform einer GmbH.

An die Höhe der nach § 232 BGB abgegebenen Sicherungsleistungen werden in der gegenwärtigen Zulassungspraxis teilweise unterschiedliche Anforderungen gestellt (etwa je Arztstelle zweifacher durchschnittlicher Jahresumsatz der im MVZ vertretenen Fachgruppe oder fünffacher Umsatz des MVZ). Zur Vermeidung ungleicher Zulassungsvoraussetzungen werden die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der GKV-Spitzenverband beauftragt, mit Wirkung zum ersten Tag des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats jeweils differenzierte Rahmenvorgaben zur Festlegung der Höhe der zu erbringenden Sicherheitsleistungen einschließlich der Gesellschafterbürgschaften festzulegen, an denen sich die Zulassungsausschüsse zu orientieren haben. Hierdurch soll die Zulassungspraxis vereinheitlicht und ein angemessenes Verhältnis der Sicherungsleistungen zum Sicherungsinteresse der Kassenärztlichen oder Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalls hergestellt werden. Die Festlegungen der Vereinbarungspartner zur Höhe der Sicherheitsleistungen gelten sowohl für 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 16

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 17

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 18

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 Satzzählung ist auch der bisherige Verweis auf die Sätze 7 bis 10 anzupassen.

Zu Nummer 19

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 20

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 sektorübergreifenden Versorgung komplexer, schwer therapierbarer und seltener Erkrankungen dient, gefördert und unterstützt.

Zu Nummer 21

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 22

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 23

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 24

Zu Absatz 1

Zur Stärkung einer regional vernetzten, kooperativen Gesundheitsversorgung wird eine Regelung zur Bildung von Gesundheitsregionen getroffen. Dabei werden unter Beachtung der Verantwortlichkeiten zur Daseinsvorsorge, der gewachsenen Strukturen und der regionalen Bedarfe Möglichkeiten zur Weiterentwicklung der Verfahrens- und Organisationsformen für Kommunen beziehungsweise Verbünde von Kommunen und Krankenkassenverbände (Vertragspartner der Gesundheitsregion) sowie teilnehmende Leistungserbringer im Rahmen ihrer jeweiligen gesetzlichen Aufgabenstellung erweitert und verbindlicher ausgestaltet. Ziele könnten sein, regionale Defizite der Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Versorgung zu beheben, Schnittstellen zu überwinden oder den Zugang zur regionalen Gesundheitsversorgung zu verbessern. Um diese Ziele zu erreichen, erhalten die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen die Möglichkeit, mit einem oder mehreren Kreisen oder einer oder mehreren kreisfreien Städten einen Vertrag über die Bildung einer Gesundheitsregion zu schließen. Dabei sind die Belange von Menschen mit Behinderung zu berücksichtigen.

Die Kommunen sind für die Versorgung der Bevölkerung mit lebenswichtigen Gütern und Dienstleistungen verantwortlich. Dazu zählt auch, den Zugang zur Gesundheitsversorgung der Bevölkerung mit zu gewährleisten und zu verbessern. Vor diesem Hintergrund erhalten die Kreise oder kreisfreien Städte einzeln oder gemeinsam ein Initiativrecht zur Errichtung einer Gesundheitsregion.

Im Gesundheitsregionenvertrag wird eine alternative Organisation der Regelversorgung ohne Einschreibepflicht der Versicherten und mit Beibehaltung der freien Arzt- und Leistungserbringerwahl ermöglicht. Über solche Verträge können aber regionale Aspekte stärker betont und Kommunen auf Grund ihrer Verantwortung für die Daseinsvorsorge besser eingebunden werden.

Zu Absatz 2

Absatz 2 konkretisiert die Aufgaben im Rahmen der Organisation der Gesundheitsregion. Angesichts der nicht immer trennscharf zu unterscheidenden Verantwortungsverteilung für den Zugang zur und die Sicherstellung der Versorgung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Kommunen ist ein wesentlicher Inhalt eines Vertrages die Bildung von Netzwerken der regionalen Versorger und Hilfesysteme (gesetzliche Krankenkassen, Leistungserbringer) und der kommunalen Stellen, insbesondere des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Insbesondere können dabei auch die Träger der örtlichen öffentlichen Jugendhilfe einbezogen werden. Der Aufbau einer Gesundheitsregion soll die gewachsenen Strukturen berücksichtigen und, wenn möglich, alle in der Region in der Gesundheitsversorgung Tätigen sowie entsprechende Beratungsangebote mit einbeziehen. Dies soll auch zur Entwicklung integrierter kommunaler Handlungsstrategien für Prävention und Gesundheitsförderung beitragen. Denkbar sind darüber hinaus sowohl Regelungen zur Umsetzung einer sektorenübergreifenden und populationsorientierten Versorgung sowie zur Verbesserung von Mobilität, um etwa in unterversorgten Regionen Patientinnen und Patienten zu den Versorgern zu bringen (zum Beispiel Shuttle-Service), als auch Regelungen zum Ausbau des Versorgungsangebots vor Ort, zum Beispiel durch eine Erhöhung des telemedizinischen Angebots oder die Ausweitung von zertifizierten Präventionsangeboten etwa durch Kooperationen oder das Bereitstellen von Räumlichkeiten.

In den Verträgen können auch Regelungen zur Vergütung getroffen werden. Soweit Abweichendes vereinbart wird, soll dies entsprechend der Modellvorhaben gemäß § 63 Absatz 3 SGB V oder der Verträge über eine besondere Versorgung nach § 140a Absatz 2 SGB V geregelt werden. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gilt entsprechend. Vereinbarungen über zusätzliche Vergütungen für Diagnosen können nicht Gegenstand der Verträge sein.

Zu Absatz 3

Wenn die Kommunen und Krankenkassen die Bildung einer Gesundheitsregion vereinbart haben, muss deren konkrete Umsetzung, etwa der Abschluss von Verträgen mit teilnehmenden Leistungserbringern oder die Begleitung eventuell vereinbarter besonderer Vergütungsvereinbarungen, organisiert werden. Die Vertragspartner einer Gesundheitsregion sind frei, wie sie die Organisation einer Gesundheitsregion umsetzen. Die Organisation kann je nach Vereinbarung aus dem entsprechenden Gesundheitsregionenvertrag von den beteiligten Krankenkassen, den Kommunen (ÖGD) oder von kommunalen Gesundheitskonferenzen übernommen oder an Organisationen des GKV-Systems (zum Beispiel an Kassenärztliche Vereinigungen als Dienstleister oder an Praxisnetze, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen anerkannt sind) übertragen werden. Externen (privaten) Managementgesellschaften kann – wie bereits jetzt nach § 140a Absatz 2 Satz 9 – ebenfalls das Management der Region übertragen werden. Managementgesellschaften sind aber nicht regelhaft als neue Akteure vorzusehen.

Mit der Gestaltungsverantwortung für eine Gesundheitsregion sollte auch die Finanzierungsverantwortung einhergehen. Daher tragen Kommunen und Krankenkassenverbände die Investitions- und Betriebskosten des Managements einer Gesundheitsregion je zur Hälfte. Bei der hälftigen Kostenaufteilung kann auch die Zurverfügungstellung von zum Beispiel Räumen oder Personal berücksichtigt werden. Die Bereitschaft der Kommunen zur finanziellen Beteiligung ist eine Voraussetzung zur verpflichtenden Aufnahme von Vertragsverhandlungen über die Bildung einer Gesundheitsregion.

Zu Absatz 4

Die Kommune beziehungsweise die Kommunen müssen als Initiatoren einer Gesundheitsregion in die Lage versetzt werden, regionale Defizite oder Verbesserungspotentiale zu identifizieren und auf dieser Grundlage unter Nennung der teilnehmenden Leistungserbringer qualifizierte Angaben zu den Zielen und Aufgaben der Gesundheitsregion machen zu können. Dabei muss erkennbar sein, wie die Gesundheitsregion organisiert werden soll. Zur Erfüllung dieser Voraussetzungen könnte ein enger Austausch mit den Akteuren vor Ort, zum Beispiel den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Praxisnetzen, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen anerkannt sind, oder den Krankenkassen erfolgen. Auch die Erfahrungen des GKV-Bündnisses für Gesundheit oder der kommunalen Gesundheitskonferenzen könnten hierbei einbezogen werden. Darüber hinaus können die Kommunen auf bestehende Daten aus Veröffentlichungen etwa der Kassenärztlichen Vereinigungen oder der Krankenkassen und auf die Gesundheitsberichterstattung des Bundes und der Länder zurückgreifen.

Wenn die Initiatoren gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen qualifizierte Angaben zu den Zielen und Aufgaben im Rahmen der Organisation der Gesundheitsregion machen, die teilnehmenden Leistungserbringer benennen und zur Tragung der jeweiligen Aufwendungen nach Absatz 3 bereits sind, liegt ein qualifizierter Antrag nach Absatz 4 vor. In diesem Falle sind die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zur Aufnahme von Verhandlungen über einen Vertrag im Sinne des Absatzes 1 verpflichtet.

Werden durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gleichwohl keine Vertragsverhandlungen aufgenommen und weisen diese den Antrag nicht qualifiziert

zurück, obliegt die Entscheidung der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des jeweiligen Landes (§ 90 Absatz 2 SGB IV).

Zu Nummer 25

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 26

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 § 132l 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 27

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 5 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 28

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Regelung in Doppelbuchstabe cc.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Regelung in Doppelbuchstabe cc.

Zu Doppelbuchstabe cc

Es wird geregelt, dass die landwirtschaftliche Krankenkasse ab dem Jahr 2026 einen Anteil an der Finanzierung des Medizinstudienplätze-Förderfonds leistet.

Zu Buchstabe b

Die Regelung sieht vor, dass der Anteil der landwirtschaftlichen Krankenkasse dem Medizinstudienplätze-Förderfonds zugeführt wird.

Zu Buchstabe c

Es wird das Verfahren der Festlegung des Anteils der landwirtschaftlichen Krankenkasse am Medizinstudienplätze-Förderfonds geregelt. Dieses entspricht dem etablierten Verfahren, wie es auch bei der Festlegung des Anteils der landwirtschaftlichen Krankenkasse am Innovationsfonds und am Strukturfonds durchgeführt wird.

Zu Buchstabe d

Durch die Änderung wird die Umbenennung des BAS durch das Gesetz zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts nachgezogen.

Zu Nummer 29

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 30

Es wird geregelt, dass dem Medizinstudienplätze-Förderfonds nach § 274a ab dem Jahr 2026 jährlich aufwachsende Finanzmittel aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zugeführt werden. Die dem Medizinstudienplätze-Förderfonds jährlich zuzuführenden Finanzmittel überschreitet nicht den von den Ländern im jeweiligen Jahr abgerufenen Fördermittelbetrag und betragen im Jahr 2026 maximal 110 Millionen Euro, im Jahr 2027 maximal 220 Millionen Euro und wachsen jährlich entsprechend auf bis hin zu maximal 660 Millionen Euro für das Jahr 2031. Für die Folgejahre ab 2032 gibt es keinen weiteren Aufwuchs, so dass dem Medizinstudienplätze-Förderfonds ab dem Jahr 2031 fortlaufend jährlich bis zu 660 Millionen Euro zugeführt werden. Die zugeführten Finanzmittel sind um den Anteil der landwirtschaftlichen Krankenkasse am Medizinstudienplätze-Förderfonds zu reduzieren. Der Anteil der landwirtschaftlichen Krankenkasse wird dem Medizinstudienplätze-Förderfonds nach den Vorgaben des § 221 Absatz 3 zugeführt.

Zu Nummer 31

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 Medizinische 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 Nummer 32

Zu Absatz 1

Auf Bundesebene wird beim BAS ein neuer Fonds (Medizinstudienplätze-Förderfonds) errichtet, aus dem die Länder eine Förderung bei der Schaffung zusätzlicher Medizinstudienplätze mit dem Ziel der Ausbildung von Medizinerinnen und Medizinern für den Einsatz zur Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten erhalten können. Um die Länder bei der Schaffung zusätzlicher Medizinstudienplätze zu unterstützen, werden dem Medizinstudienplätze-Förderfonds die in § 271 Absatz 6a bestimmten finanziellen Mittel aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zugeführt. Somit stehen im Jahr 2026 maximal 110 Millionen Euro, im Jahr 2027 maximal 220 Millionen Euro, im Jahr 2028 maximal 330 Millionen Euro, im Jahr 2029 maximal 440 Millionen Euro, im Jahr 2030 maximal 550 Millionen Euro und ab dem Jahr 2031 jährlich maximal 660 Millionen Euro als Fördervolumen zur Verfügung.

Zu Absatz 2

Absatz 2 legt den Zweck des Medizinstudienplätze-Förderfonds fest. Vor dem Hintergrund des hohen Bedarfs an Ärztinnen und Ärzten ist es erforderlich, die Anzahl der Medizinstudienplätze dauerhaft zu erhöhen. Zuständig für die Einrichtung und Finanzierung von Medizinstudienplätzen sind die Länder. Durch die Einrichtung des Medizinstudienplätze-Förderfonds sollen die Länder durch Bereitstellung finanzieller Mittel bei der Einrichtung weiterer Studienplätze unterstützt werden. Voraussetzung für eine Förderung ist, dass die Studierenden, die über den Förderfonds finanzierte Studienplätze erhalten, nach ihrer Ausbildung und der ärztlichen Weiterbildung Leistungen für einen Zeitraum von mindestens zehn Jahren für die gesetzliche Krankenversicherung erbringen, also in der GKV-Versorgung tätig werden. Dadurch wird sichergestellt, dass die Mittel aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds, aus denen der Förderfonds gespeist wird, letztlich der von der gesetzlichen Krankenversicherung finanzierten Gesundheitsversorgung zugutekommen.

Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt, dass für jeden von einem Land seit dem 1. Januar 2020 in Eigenleistung finanzierten Medizinstudienplatz bis zu zwei weitere Medizinstudienplätze gefördert werden können. Förderungsfähig ist ein vom Land in Eigenleistung finanzierter Medizinstudienplatz dann, wenn es sich um einen seit dem 1. Januar 2020 neu geschaffenen Medizinstudienplatz für eine Studienanfängerin oder einen Studienanfänger handelt, dessen Finanzierung dauerhaft gesichert ist. Der Stichtag 1. Januar 2020 liegt bewusst in der Vergangenheit, da so die bisherigen Anstrengungen der Länder gewürdigt werden sollen, die bereits Studienplätze in den vergangenen Jahren aufgebaut haben. Nach einer Auswertung der Studienplatzzahlen der Stiftung für Hochschulzulassung (SfH) haben die Länder seit dem 1. Januar 2020 722 Studienplätze zusätzlich eingerichtet und nach Internetrecherchen bis zum Jahr 2026 die Einrichtung von weiteren circa 1.170 geplant. Dies ergibt eine Gesamtsumme von circa 1.900 Studienplätzen, so dass zusammen mit den rund 3.100 aus dem Medizinstudienplätze-Förderfonds geförderten Studienplätzen in etwa die angestrebten 5.000 Studienplätze mehr entstehen würden im Vergleich zum Jahr 2019. Außerdem hat nach den Zahlen der SfH seit dem Jahr 2020 der überwiegende Teil der Länder Studienplätze aufgebaut. Sie würden daher überwiegend, wenn auch in unterschiedlichem Umfang, von der Förderung durch den Medizinstudienplätze-Förderfonds für bereits aufgebaute Studienplätze profitieren.

Für die durchschnittlichen Ausbildungskosten pro Studienanfängerin und Studienanfänger wird über einen Zeitraum von sechs Jahren von circa 211.000 Euro ausgegangen, so dass die jährliche Förderung für jede Studierende und jeden Studierenden auf einem geförderten Medizinstudienplatz 35.200 Euro beträgt. Geförderte Medizinstudienplätze werden dauerhaft, d.h. unabhängig von der Person, die auf einem geförderten Medizinstudienplatz studiert, aus den Mitteln des Medizinstudienplätze-Förderfonds finanziert. Die Förderung seit dem 1. Januar 2020 neu geschaffener Medizinstudienplätze ist daher nur solange möglich, bis das nach § 271 Absatz 6a für das jeweilige Jahr zur Verfügung stehende Fördervolumen abzüglich der Aufwendungen nach Absatz 8 ausgeschöpft ist. Das Fördervolumen ermöglicht die Förderung von rund 3.100 Studienplätzen für Studienanfängerinnen und -anfänger, die in jedem Jahr neu besetzt werden, so dass die Länder 1.550 in Eigenleistung geschaffene Studienplätze zur Aufstockung durch den Förderfonds anmelden können.

Zu Absatz 4

Jedes Land kann ab dem 1. Januar 2026 Fördermittel aus dem Medizinstudienplätze-Förderfonds beantragen.

Zu Nummer 1

Die Förderung von zwei weiteren Studienplätzen kann zum einen an von den Ländern seit dem 1. Januar 2020 bereits geschaffene Studienplätze angeknüpft werden, siehe auch die Begründung zu Absatz 3.

Zum anderen ist eine Möglichkeit für die Länder vorgesehen, eine Verpflichtungserklärung abzugeben, innerhalb von fünf Jahren Studienplätze in der von ihnen gewünschten Anzahl zu schaffen und damit von der Förderung weiterer Studienplätze durch den Medizinstudienplätze-Förderfonds zu profitieren. Die Möglichkeit, sich für die Zukunft zu verpflichten, innerhalb einer bestimmten Frist Studienplätze in Eigenleistung einzurichten, schafft zusätzlich Anreize für die Länder, Kapazitäten aufzubauen. Auch ein Teil der 1.900 von den Ländern bereits geplanten Studienplätze können hier berücksichtigt werden. Da die Einrichtung von Studienplätzen eine gewisse Zeit benötigt, da zusätzliche Investitionen in Räume, Lehrmaterial und Lehrpersonal geplant und durchgeführt werden müssen, erhalten die Länder zudem rechtzeitig Planungssicherheit über die Höhe der Fördermittel. Darüber, dass die Studienplätze geschaffen wurden, ist innerhalb von fünf Jahren ein Nachweis zu erbringen.

Zu Nummer 2

Nummer 2 regelt anknüpfend an Nummer 1, dass das Land je in Eigenleistung geschaffenen Studienplatz die bis zu zwei vom Medizinstudienplätze-Förderfonds geförderten Studienplätze entweder schon geschaffen haben muss oder eine Verpflichtungserklärung abzugeben hat, diese in fünf Jahren zu schaffen. Im Falle der Verpflichtung ist darüber, dass die Studienplätze geschaffen wurden, innerhalb von fünf Jahren ein Nachweis zu erbringen. Bereits geschaffene Studienplätze werden im Antragsverfahren nachgewiesen.

Zu Nummer 3

Nummer 3 sieht vor, dass die Länder die Zulassung zu den Medizinstudienplätzen nach Nummer 2 an die Verpflichtung der Bewerberinnen und Bewerber knüpfen müssen, nach Abschluss des Studiums und der fachärztlichen Weiterbildung für mindestens zehn Jahre eine Tätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung, einem zugelassenen Krankenhaus oder einer zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung auszuüben. Die Regelung orientiert sich an der Vereinbarung zur Landarztquote, die im „Masterplan Medizinstudium 2020“ mit den Ländern getroffen wurde und die die Länder zum überwiegenden Teil in landesrechtlichen Regelungen umgesetzt haben. Mit ihr wird sichergestellt, dass die Ärztinnen und Ärzte, die auf einem aus dem Medizinstudienplätze-Förderfonds geförderten Studienplatz studiert haben, später Leistungen für die gesetzliche Krankenversicherung erbringen. Eine weitere Beschränkung (z.B. auf den niedergelassenen Bereich, den hausärztlichen oder bestimmte fachärztliche Bereiche oder eine Tätigkeit in strukturschwachen Regionen oder eine Tätigkeit in dem Bundesland, das den Studienplatz geschaffen hat) ist nicht vorgesehen, um den Absolventinnen und Absolventen flexible Einsatzmöglichkeiten innerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung zu eröffnen.

Zu Nummer 4

Nummer 4 sieht vor, dass die Länder sich verpflichten, jährlich einen Nachweis darüber zu erbringen, dass die aus dem Medizinstudienplätze-Förderfonds geförderten Studienplätze besetzt sind. Dazu gehört auch die Angabe, wie viele Studierende im jeweiligen Jahr auf einem aus dem Medizinstudienplätze-Förderfonds geförderten Platz studieren.

Zu Nummer 5

Die Förderung aus Mitteln der GKV ist daran geknüpft, dass die auf den geförderten Studienplätzen ausgebildeten Medizinerinnen und Mediziner sich verpflichten, für mindestens zehn Jahre in der Versorgung von GKV-Versicherten tätig zu werden. Das Land, das die Fördermittel aus dem Medizinstudienplätze-Förderfonds in Anspruch nimmt, verpflichtet sich deshalb, regelmäßig gegenüber dem GKV-Spitzenverband nachzuweisen, dass die Personen, die ihr Medizinstudium mit einem aus dem Medizinstudienplätze-Förderfonds geförderten Studienplatz abgeschlossen haben, weiterhin eine Tätigkeit für die GKV ausüben. Sobald die mindestens zehnjährige Tätigkeit für die GKV erfüllt wurde, ist für die jeweilige Person kein weiterer Nachweis zu erbringen.

Zu Absatz 5

Absatz 5 sieht vor, dass die Förderung durch den GKV-Spitzenverband durchgeführt wird. Dies umfasst insbesondere die Prüfung von Anträgen nach Absatz 4, den Erlass von Förderbescheiden, die Veranlassung der Auszahlung der Fördermittel durch das BAS, die Prüfung der zweckentsprechenden Verwendung der Fördermittel und die Prüfung der Einhaltung der im Rahmen der Förderung abgegebenen Verpflichtungen und die Geltendmachung von Rückforderungen von Fördermitteln.

Zu Absatz 6

Die Inanspruchnahme von Fördermitteln aus dem Medizinstudienplätze-Förderfonds ist von den Ländern beim GKV-Spitzenverband zu beantragen. Das BAS verwaltet die Mittel und zahlt Fördermittel nach Prüfung des Antrags durch den GKV-Spitzenverband auf seine Veranlassung hin an das jeweilige Land aus. Überzahlte oder nicht zweckentsprechend verwendete Mittel sind unverzüglich an das BAS zu erstatten. Die Erstattung hat vorrangig durch Verrechnung der Rückzahlungsansprüche des BAS mit Ansprüchen des betroffenen Landes auf Auszahlung von Fördermitteln zu erfolgen.

Zu Absatz 7

Das BAS ist ermächtigt, das Nähere zur Weiterleitung der Mittel an den Medizinstudienplätze-Förderfonds und zur Verwaltung der Mittel des Medizinstudienplätze-Förderfonds im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband zu bestimmen.

Zu Absatz 8

Die dem GKV-Spitzenverband im Zusammenhang mit der Durchführung der Förderung sowie dem BAS im Zusammenhang mit der Fördermittelverwaltung und -auszahlung entstehenden Personal- und Sachkosten werden aus dem Medizinstudienplätze-Förderfonds gedeckt.

Zu Absatz 9

Absatz 9 enthält eine Verordnungsermächtigung, mit der das BMG mit Zustimmung des Bundesrates und nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes das Nähere zu den Kriterien der Förderung und zum Verfahren der Vergabe der Fördermittel, zum Nachweis der Fördervoraussetzungen nach Absatz 4 Satz 2, zum Nachweis der zweckentsprechenden Verwendung der Fördermittel und der Einhaltung der im Rahmen der Förderung abgegebenen Verpflichtungen und zur Rückzahlung überzahlter oder nicht zweckentsprechend verwendeter Fördermittel regeln kann. Zu den Kriterien der Förderung gehört beispielsweise das Nähere zur Verpflichtung der Studierenden, später im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung tätig zu sein. In Bezug auf das Vergabeverfahren kann dort konkretisiert werden, in welcher Reihenfolge die Anträge der Länder berücksichtigt werden, wenn sie insgesamt die in dem neuen § 271 Absatz 6a vorgesehenen Förderhöchstsummen überschreiten.

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 pflegefachlichen 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 Pflegebonus-gesetz 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 Klärungszwecken. § 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 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 5 (Inkrafttreten)

Das Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.