

Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

**zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung
– Drucksachen 20/11853, 20/12664, 20/12868 Nr. 1.30 –**

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG)

A. Problem

Laut Bundesregierung müssten eine noch besser auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten ausgerichtete Gesundheitsversorgung erreicht, die Entscheidungen der Selbstverwaltung beschleunigt und die Mitsprachemöglichkeiten der Hebammen sowie der wissenschaftlichen Fachgesellschaften verbessert und die Gründung kommunaler medizinischer Versorgungszentren (MVZ) erleichtert werden. Hinsichtlich der Versorgung psychisch erkrankter Menschen bestünden ebenfalls Herausforderungen. Auch die Transparenz in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) müsse erhöht und die Herausforderungen in der hausärztlichen Versorgung müssten bewältigt werden. Nach wie vor gebe es einen großen Bürokratieaufwand, der reduziert werden müsse. Zudem solle die Vergütung für COVID-19-Tests neu geregelt werden. Zum Schutz der Solidargemeinschaften solle die Bekämpfung unberechtigter Verhaltensweisen im Gesundheitswesen gestärkt werden.

B. Lösung

Den Berufsorganisationen der Pflegeberufe werde im G-BA ein Antrags- und Mitberatungsrecht eingeräumt. Entscheidungen über die Einrichtung von Arbeitsgruppen und die Bestellung von Sachverständigen würden in Einvernehmen mit den Vertretungen getroffen und finanziell unterstützt.

Zur besseren Berücksichtigung der Patientinnen und Patienten erhalte die Patientenvertretung das Recht, eine Beschlussfassung im G-BA einmalig zu verhindern. Die jährliche Berichterstattung des G-BA an den Bundestag werde durch weitere Fristvorgaben modifiziert.

Die gesetzliche Verankerung der Beratung durch die Arzneimittelkommission der Ärzteschaft (AkdÄ) solle auch die Zahlung eines angemessenen Aufwendersatzes umfassen. Zudem werde klargestellt, dass die Kassenärztlichen Vereini-

gungen, der G-BA und der Bewertungsausschuss hybride und digitale Sitzungen in ihren Satzungen regeln könnten.

Für die Zulassung von MVZ in der GmbH-Rechtsform werde die Begrenzung der Sicherheitsleistungen geschaffen, und es würden Klarstellungen zur Verwendung von Mitteln des Strukturfonds erfolgen. Es seien Maßnahmen zur Verbesserung der ambulanten Versorgung für psychisch erkrankte Menschen geplant.

Ein neuer Ermächtigungstatbestand solle den Zugang vulnerabler Gruppen zur ambulanten Behandlung verbessern. Vereinfachungen bei Anträgen auf Kurzzeittherapien seien vorgesehen und die Position der Weiterbildungsambulanzen solle gestärkt werden.

Zur Beschleunigung von Bewilligungsverfahren im Hilfsmittelbereich werde das Prüfprogramm der Krankenkassen eingeschränkt. Krankenkassen würden verpflichtet, einheitliche Kennzahlen zur Service- und Leistungsqualität zu erheben und digital zu veröffentlichen.

Die Verordnungsmächtigung für die Arzneimittelpreisverordnung werde geändert. Waisenrenten während eines Freiwilligendienstes würden beitragsfrei gestellt. Zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung seien Maßnahmen zur Vergütung von Hausärztinnen und Hausärzten geplant, darunter die Entbudgetierung und die Einführung einer Versorgungspauschale.

Der GKV-Spitzenverband werde verpflichtet, ein Konzept für eine bundesweite Betrugspräventionsdatenbank vorzulegen, und dem Bundesrechnungshof (BRH) würden Prüfrechte gegenüber Kassenärztlichen Vereinigungen eingeräumt.

Annahme des Gesetzentwurfs in geänderter Fassung mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Gruppen Die Linke und BSW bei Stimmenthaltung der Fraktionen der CDU/CSU und AfD.

C. Alternativen

Ablehnung des Gesetzentwurfs.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

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

Gesetzliche Krankenversicherung

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

Die Maßnahmen im Bereich der Vergütung der hausärztlichen Versorgung führen zu unterschiedlichen finanziellen Auswirkungen. Die Entbudgetierung der Hausärztinnen und Hausärzte führt zu jährlichen Mehrausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe eines unteren dreistelligen Millionenbetrages. Durch die

Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen (EBM) im Hinblick auf die Einführung einer quartalsübergreifenden Versorgungspauschale zur Behandlung chronisch kranker Patientinnen und Patienten sowie einer Vorhaltepauschale für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrages soll es zu keinen Mehr- oder Minderausgaben für die GKV kommen.

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

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

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

1. Haushaltsausgaben ohne Vollzugaufwand

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

2. Vollzugaufwand

Die Ausführung des Gesetzes führt zu keinem nennenswerten Vollzugaufwand.

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Für die Bürgerinnen und Bürger entsteht kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

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

Durch die Regelungen zur Vereinfachung der Erbringung psychotherapeutischer Leistungen ergibt sich auf Grundlage von Schätzungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ein Wegfall von Bürokratiekosten für die Vertragsärzte-/Vertragspsychotherapeuten in Höhe von insgesamt ca. 16,8 Millionen Euro jährlich. Für die Weiterbildungsambulanzen sinkt der Erfüllungsaufwand nach der Neuregelung für die psychotherapeutische Weiterbildung, da künftig keine

Nachweise und Mitteilungen nach § 117 Absatz 3c Satz 4 und 5 SGB V vorgesehen sind.

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

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

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

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

1. Bund, Länder und Kommunen

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

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

Für die Länder und die Kommunen entsteht kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand.

2. GKV und soziale Pflegeversicherung

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

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

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

Für die Erstellung einer einheitlichen Schnittstelle zur Bereitstellung und Übermittlung der Kennzahlen entsteht dem GKV-Spitzenverband ein einmaliger Erfüllungsaufwand im Bereich eines niedrigen fünfstelligen Betrages. 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 Erfüllungsaufwand im Umfang einer halben Stelle im gehobenen 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 43,40 Euro pro Stunde, für eine Vollzeitkraft eine Wochenarbeitszeit von 40 Stunden und eine Jahresarbeitszeit von 200 Tagen zugrunde, ergeben sich jährliche Aufwendungen für eine halbe Vollzeitkraft in Höhe von rund 35 000 Euro. Sobald das Verfahren etabliert ist, ist von einem deutlich geringeren jährlichen Erfüllungsaufwand auszugehen.

zenverband ein einmaliger Erfüllungsaufwand, dessen Höhe abhängt vom Umfang und Ausgang des Vergabeverfahrens und damit nicht quantifiziert werden kann.

Durch die Verpflichtung zur Beauftragung eines Gutachtens über ein Konzept zum Aufbau und Betrieb einer Betrugspräventionsdatenbank entsteht dem GKV-Spitzenverband für das Gutachten ein einmaliger Kostenaufwand in Höhe von geschätzt etwa 300 000 Euro. Der genaue Betrag, der für das Gutachten anfällt, hängt vom Ausgang des Vergabeverfahrens ab. Für die Durchführung des Vergabeverfahrens entsteht beim GKV-Spitzenverband ein einmaliger Erfüllungsaufwand von rund 2 600 Euro (40 Arbeitsstunden zu einem durchschnittlichen Stundensatz in Höhe von 46,50 Euro sowie 10 Arbeitsstunden zu einem durchschnittlichen Stundensatz in Höhe von 70,50 Euro). Aus der Begleitung und Auswertung des Gutachtens sowie der Finalisierung und Vorlage des Konzepts durch den GKV-Spitzenverband resultiert ein weiterer einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 3 300 Euro (40 Arbeitsstunden zu einem durchschnittlichen Stundensatz in Höhe von 46,50 Euro sowie 20 Arbeitsstunden zu einem durchschnittlichen Stundensatz in Höhe von 70,50 Euro).

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

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

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

3. Sonstige

Im Zusammenhang mit der Vereinbarung bundeseinheitlicher Rahmenvorgaben zur Festlegung der Höhe der Sicherheitsleistungen für die Zulassung medizinischer Versorgungszentren in der Rechtsform der Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) ist bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Kas-

senzahnärztlichen 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 Verdienstaufschlag oder für Aufwandsentschädigung, der etwa bei 350 000 Euro liegen kann. Der zusätzliche Erfüllungsaufwand der Geschäftsstelle des G-BA für die Abrechnung der Zahlungen wird von ihr auf etwa 44 000 Euro geschätzt.

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

Aufgrund der Einschränkung des Prüfprogramms der Krankenkassen von Hilfsmittelanträgen, die von Versicherten gestellt werden, die sich in einem SPZ oder einem MZEB in Behandlung befinden und deren beantragte Versorgung von dort empfohlen worden ist, reduziert sich der Verwaltungsaufwand für die in den SPZ und MZEB tätigen Ärztinnen und Ärzte. Aktuell werden regelmäßig von den gesetzlichen Krankenkassen und den Medizinischen Diensten im Rahmen der Prüfung der Hilfsmittelanträge gesonderte schriftliche Begründungen der beantragten Versorgung von den verordnenden Ärztinnen und Ärzten gefordert. Dieses Erfordernis entfällt mit der vorgeschlagenen Gesetzesänderung. Eine nähere Bezifferung ist aufgrund der fehlenden Daten über die Anzahl der Hilfsmittelanträge von in SPZ und MZEB behandelten Versicherten sowie über die 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 Beschlussfassung zur Versorgungspauschale entsteht dem Bewertungsausschuss ein weiterer einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von 10 000 Euro. Für die Beschlussfassung zur Vorhaltepauschale entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von 8 000 Euro.

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

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

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

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

F. Weitere Kosten

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

Beschlussempfehlung

Der Bundestag wolle beschließen,

den Gesetzentwurf auf Drucksachen 20/11853, 20/12644 mit folgenden Maßgaben, im Übrigen unverändert anzunehmen:

1. Artikel 1 wird wie folgt gefasst:

„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 10 des Gesetzes vom 18. Dezember 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 423) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Dem § 24a Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:
„Der Anspruch nach Satz 2 besteht für Versicherte ohne Altersbeschränkung, wenn Hinweise auf einen sexuellen Missbrauch oder eine Vergewaltigung vorliegen.“
2. In § 31 Absatz 1a Satz 5 wird die Angabe „48“ durch die Angabe „60“ ersetzt.
3. Nach § 33 Absatz 5b wird folgender Absatz 5c eingefügt:
„(5c) Die Erforderlichkeit eines Hilfsmittels wird vermutet, wenn sich der Versicherte in einem sozialpädiatrischen Zentrum, das nach § 119 Absatz 1 ermächtigt wurde, oder in einem medizinischen Behandlungszentrum für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen, das nach § 119c Absatz 1 ermächtigt wurde, in Behandlung befindet und die beantragte Hilfsmittelversorgung von dem dort tätigen behandelnden Arzt im Rahmen der Behandlung innerhalb der letzten drei Wochen vor der Antragstellung empfohlen worden ist.“
4. § 87 wird wie folgt geändert:
 - a) Dem Absatz 2b werden die folgenden Sätze angefügt:
„Abweichend von Satz 1 erster Halbsatz beschließt der Bewertungsausschuss bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen Regelungen über eine Versorgungspauschale, die bei der Behandlung eines Versicherten, der das 18. Lebensjahr vollendet hat, wegen einer chronischen Erkrankung, die einer kontinuierlichen Versorgung mit einem bestimmten Arzneimittel bedarf und keinen intensiven Betreuungsbedarf begründet, abzurechnen ist. Die Regelungen über die Versorgungspauschale haben vorzusehen, dass sie je Versicherten unabhängig von der Anzahl und Art der Kontakte des Versicherten mit der jeweiligen Arztpraxis innerhalb eines bestimmten Zeitraums nur einmal durch eine einzige, die jeweilige Erkrankung behandelnde Arztpraxis abzurechnen ist. Der in Satz

8 genannte Zeitraum soll vier aufeinanderfolgende Kalenderquartale umfassen; er hat mindestens zwei aufeinanderfolgende Kalenderquartale zu umfassen. Die Regelungen über die Versorgungspauschale sind so auszugestalten, dass sie weder zu Mehrausgaben noch zu Minderausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung führen.“

- b) Absatz 2d wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 wird nach der Angabe „2a bis 2c“ die Angabe „und 2q“ eingefügt.
 - bb) In Satz 2 werden die Wörter „Versichertenpauschalen nach Absatz 2b Satz 1 sowie der Grundpauschalen nach Absatz 2c Satz 1“ durch die Wörter „Versichertenpauschalen nach Absatz 2b Satz 1, der Versorgungspauschale nach Absatz 2b Satz 7, der Grundpauschalen nach Absatz 2c Satz 1 sowie der Pauschale nach Absatz 2q Satz 1“ ersetzt.
- c) Nach Absatz 2p wird folgender Absatz 2q eingefügt:
- „(2q) Der Bewertungsausschuss beschließt bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des dritten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen Regelungen über eine Vergütung zur Vorhaltung der zur Erfüllung von Aufgaben der hausärztlichen Grundversorgung notwendigen Strukturen (Vorhaltepauschale) und insbesondere über Voraussetzungen, die die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer für die Abrechnung dieser Vorhaltepauschale erfüllen müssen. Der Bewertungsausschuss kann die Höhe der Vorhaltepauschale in Abhängigkeit von dem Umfang der Erfüllung der in Satz 1 genannten Voraussetzungen in Stufen beschließen. Die in Satz 1 genannten Voraussetzungen sollen insbesondere eine bedarfsgerechte Versorgung mit Haus- und Pflegeheimbesuchen, bedarfsgerechte Praxisöffnungszeiten, die vorrangige Erbringung von Leistungen aus dem hausärztlichen Fachgebiet, eine Mindestanzahl an zu versorgenden Versicherten sowie die regelmäßige Nutzung von Anwendungen der Telematikinfrastruktur umfassen. Für Versicherte, für die die in Absatz 2b Satz 7 genannte Versorgungspauschale abzurechnen ist, ist der Zeitraum, für den die Vorhaltepauschale abzurechnen ist, in Übereinstimmung mit dem in Absatz 2b Satz 8 genannten Zeitraum festzulegen. Die Regelungen über die Vorhaltepauschale sind so auszugestalten, dass sie weder zu Mehrausgaben noch zu Minderausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung führen. Die Regelungen zur Vorhaltepauschale nach diesem Absatz haben die Kinder- und Jugendärzte auszunehmen.“
- d) In Absatz 3e Satz 1 Nummer 2 werden nach dem Wort „Geschäftsführung“ ein Komma und die Wörter „zur Durchführung von Sitzungen, einschließlich der Möglichkeit, diese als hybride Sitzungen oder als digitale Sitzungen durchzuführen,“ eingefügt.
5. § 87a wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - aa) Die Sätze 7 bis 12, 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 die Wörter „Die in § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz genannten Leistungen“ durch die Wörter „Leistungen des Versorgungsbereichs der Kinder- und Jugendmedizin, die gegenüber Patienten erbracht werden, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,“ ersetzt.
- bb) Satz 3 wird wie folgt gefasst:
- „Wenn die vollständige Vergütung der in Satz 1 genannten Leistungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung die festgesetzte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung für die in Satz 1 genannten Leistungen über einen Zeitraum vom zweiten Quartal eines Kalenderjahres bis zum ersten Quartal des folgenden Kalenderjahres insgesamt unterschreitet, vereinbaren die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragsparteien bis zum Ablauf des zweiten Quartals des letztgenannten Kalenderjahres jeweils Zuschläge zur Förderung der Kinder- und Jugendmedizin, deren Auszahlungshöhe in Summe der Höhe der genannten Unterschreitung entspricht; sind im Zeitraum einer im ersten Halbsatz genannten Unterschreitung nach Satz 9 Ausgleichszahlungen zu leisten, so sind diese Ausgleichszahlungen mit der Unterschreitung zu verrechnen.“
- cc) In Satz 4 werden die Wörter „Leistungen nach § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz“ durch die Wörter „in Satz 1 genannten Leistungen“ ersetzt.
- dd) In Satz 6 wird die Angabe „§ 87a“ gestrichen.
- ee) In den Sätzen 2, 7, 9 und 10 werden die Wörter „§ 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz“ jeweils durch die Angabe „Satz 1“ ersetzt.
- ff) Folgender Satz wird angefügt:
- „Der Bewertungsausschuss beschließt bis zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des dritten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] Vorgaben zu in Absatz 6 genannten Datenübermittlungen, mit denen die Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber den Krankenkassen quartalsweise die erstmalige Festsetzung und die Fortschreibung der auf die in Satz 1 genannten Leistungen entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die Entwicklung des finanziellen Bedarfs für die in Satz 1 genannten Leistungen, ab dem 1. April 2023 eine etwaige in Satz 3 erster Halbsatz genannte Unterschreitung, die in den Sätzen 3 und 5 genannten Zuschläge sowie die Ausgleichszahlungen nach Satz 9 nachweist.“
- c) Nach Absatz 3b wird folgender Absatz 3c eingefügt:
- „(3c) Leistungen des Versorgungsbereichs der allgemeinen hausärztlichen Versorgung einschließlich der in Zusammenhang mit diesem Versorgungsbereich erbrachten Hausbesuche, soweit diese Leistungen nach sachlicher und rechnerischer Prüfung durch

die Kassenärztliche Vereinigung anerkannt wurden (hausärztlicher Leistungsbedarf), sind ab dem ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des dritten auf die Verkündung folgenden Kalenderquartals] von den Krankenkassen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 vollständig zu vergüten. Abweichend von Absatz 3 Satz 1 und § 85 Absatz 1 wird die auf die in Satz 1 genannten Leistungen entfallende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung nicht mit befreiender Wirkung gezahlt. Für die nach Satz 7 in den Kalenderjahren 2025 und 2026 jeweils zu erfolgende quartalsweise Festsetzung der auf die in Satz 1 genannten Leistungen entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung haben die Vertragspartner nach Absatz 2 Satz 1 jeweils den prozentualen Anteil des Honorarvolumens, das für den hausärztlichen Leistungsbedarf einschließlich sämtlicher auf diesen entfallender leistungsbezogener und nicht leistungsbezogener Zuschläge und einschließlich zusätzlicher Honorarauszahlungen in dem dem jeweiligen Kalenderquartal entsprechenden Kalenderquartal des Jahres 2023 gemäß dem in § 87b Absatz 1 Satz 2 genannten Verteilungsmaßstab ausgezahlt wurde, am Honorarvolumen, das für den Leistungsbedarf aller Arztgruppen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in dem dem jeweiligen Kalenderquartal entsprechenden Kalenderquartal des Jahres 2023 einschließlich sämtlicher auf diesen entfallender leistungsbezogener und nicht leistungsbezogener Zuschläge und einschließlich zusätzlicher Honorarauszahlungen gemäß dem in § 87b Absatz 1 Satz 2 genannten Verteilungsmaßstab ausgezahlt wurde, zu bestimmen und diesen prozentualen Anteil mit der für das jeweilige Kalenderquartal vereinbarten und bereinigten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu multiplizieren. Soweit aufgrund von Änderungen des nach Absatz 3 Satz 2 vereinbarten Behandlungsbedarfs einschließlich Abgrenzungsänderungen der nach Absatz 3 Satz 6 vergüteten Leistungen der Behandlungsbedarf für die in Satz 1 genannten Leistungen für das jeweilige Kalenderquartal gegenüber dem diesem Kalenderquartal entsprechenden Kalenderquartal des Jahres 2023 abweicht, ist der nach Satz 3 zu bestimmende prozentuale Anteil entsprechend anzupassen. Satz 4 gilt für die gesetzlich vorgesehenen Bereinigungen des Behandlungsbedarfs entsprechend. Sofern das Honorarvolumen für die in Satz 1 genannten Leistungen in dem dem jeweiligen Kalenderquartal entsprechenden Kalenderquartal des Jahres 2023 leistungsbezogene und nicht leistungsbezogene Zuschläge und zusätzliche Honorarauszahlungen enthält, haben die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 diese Zuschläge und zusätzlichen Honorarauszahlungen in der quartalsweise festzulegenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für die in Satz 1 genannten Leistungen zu berücksichtigen. Der Bewertungsausschuss beschließt bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des dritten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] Vorgaben für ein Verfahren zur Festsetzung der auf die in Satz 1 genannten Leistungen entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die quartalsweise für die Kalenderquartale des Kalenderjahres 2025 und des Kalenderjahres 2026 bis zum ersten Tag des jeweiligen Kalenderquartals, erstmalig bis zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des dritten auf die Verkündung folgenden Kalenderquartals], und ab dem Kalenderjahr 2027 jährlich bis zum

1. Januar des jeweiligen Kalenderjahres zu erfolgen hat. Die Vorgaben des Bewertungsausschusses nach Satz 7 haben insbesondere die Anpassung des nach Absatz 2 Satz 1 zu vereinbarenden Punktwertes und die Veränderung des nach Absatz 3 Satz 2 zu vereinbarenden Behandlungsbedarfs für die in Satz 1 genannten Leistungen sowie die jeweils auf die Veränderung entfallenden Bereinigungen einzubeziehen. Wenn in dem Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung die Differenz zwischen der festgesetzten, auf die in Satz 1 genannten Leistungen entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und dem mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 bewerteten hausärztlichen Leistungsbedarf ausschließlich der in Satz 6 genannten Zuschläge und zusätzlichen Honorarauszahlungen in einem Kalenderquartal einen Wert von null unterschreitet, leisten die Krankenkassen Ausgleichszahlungen an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung in Höhe ihres jeweiligen nach dem in Satz 12 genannten Verfahren ermittelten Anteil an der Differenz, um die vollständige Vergütung des hausärztlichen Leistungsbedarfs zu gewährleisten. Die Ausgleichszahlungen sind mit einer Unterschreitung der festgesetzten, auf die in Satz 1 genannten Leistungen entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung durch den hausärztlichen Leistungsbedarf in den vorangegangenen Kalenderquartalen zu verrechnen. Wenn der hausärztliche Leistungsbedarf die festgesetzte, auf die in Satz 1 genannten Leistungen entfallende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung über einen Zeitraum vom zweiten Quartal eines Kalenderjahres bis zum ersten Quartal des folgenden Kalenderjahres insgesamt unterschreitet, vereinbaren die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragsparteien bis zum Ablauf des zweiten Kalenderquartals des letztgenannten Kalenderjahres jeweils Zuschläge zur Förderung der hausärztlichen Versorgung, deren Auszahlungshöhe in Summe der genannten Unterschreitung entspricht. Der Bewertungsausschuss beschließt bis zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des dritten auf die Verkündung folgenden Kalenderquartals] Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung des auf die jeweiligen Krankenkassen entfallenden Anteils an den in Satz 9 genannten Ausgleichszahlungen, der sich nach ihrem jeweiligen leistungsmengenbezogenen Anteil an der Ausgleichszahlung zu bemessen hat. Für die in den Sätzen 6 und 11 genannten Zuschläge sowie für die in Absatz 2 Satz 2 und 3 genannten Zuschläge gilt Satz 2 nicht. Der Bewertungsausschuss beschließt bis zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des dritten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] Vorgaben zu in Absatz 6 genannten Datenübermittlungen, mit denen die Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber den Krankenkassen quartalsweise die erstmalige Festsetzung und die Fortschreibung der auf die in Satz 1 genannten Leistungen entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die Entwicklung des hausärztlichen Leistungsbedarfs, eine etwaige in Satz 10 genannte Unterschreitung, die in den Sätzen 6 und 11 genannten Zuschläge sowie die Ausgleichszahlungen nach Satz 9 nachweist. Der Bewertungsausschuss analysiert die Auswirkungen der Regelungen dieses Absatzes insbesondere im Hinblick auf die hausärztliche Versorgung der Versicherten, die Honorare sowie die Ausgaben der Krankenkassen und berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des zehnten auf die Ver-

kündigung folgenden Kalenderquartals] über die Ergebnisse dieser Analyse.“

6. In § 87b Absatz 1 Satz 3 werden die Wörter „Gleiches gilt unter Beachtung der nach § 87a Absatz 3b Satz 7 beschlossenen Vorgaben für die Vergütung der Leistungen des Versorgungsbereichs der Kinder- und Jugendmedizin, die gegenüber Patienten erbracht werden, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben“ durch die Wörter „im Verteilungsmaßstab dürfen für Leistungen des Versorgungsbereichs der Kinder- und Jugendmedizin, die gegenüber Patienten erbracht werden, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, und ab dem ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des dritten auf die Verkündung folgenden Kalenderquartals] für Leistungen des Versorgungsbereichs der allgemeinen hausärztlichen Versorgung einschließlich der in Zusammenhang mit diesem Versorgungsbereich erbrachten Hausbesuche ebenfalls keine Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung des Honorars angewandt werden“ ersetzt.“
2. Die Artikel 2 bis 6 werden gestrichen.
3. Artikel 7 wird Artikel 2 und wird wie folgt gefasst:

„Artikel 2

Inkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich des Absatzes 2 am Tag nach der Verkündung in Kraft.

(2) Artikel 1 Nummer 2 tritt mit Wirkung vom 2. Dezember 2024 in Kraft.“

Berlin, den 29. Januar 2025

Der Ausschuss für Gesundheit

Dr. Kirsten Kappert-Gonther
Amtierende Vorsitzende

Dirk-Ulrich Mende
Berichterstatter

Simone Borchardt
Berichterstatterin

Dr. Armin Grau
Berichterstatter

Christian Bartelt
Berichterstatter

Martin Sichert
Berichterstatter

Kathrin Vogler
Berichterstatterin

Andrej Hunko
Berichterstatter

Bericht der Abgeordneten Dirk-Ulrich Mende, Simone Borchardt, Dr. Armin Grau, Christian Bartelt, Martin Sichert, Johannes Vogel, Kathrin Vogler und Andrej Hunko

A. Allgemeiner Teil

I. Überweisung

Das Plenum des Deutschen Bundestages hat den Gesetzentwurf auf **Drucksache 20/11853** in seiner 179. Sitzung am 28. Juni 2024 beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat es ihn zur Mitberatung an den Rechtsausschuss, den Haushaltsausschuss, den Ausschuss für Arbeit und Soziales und den Ausschuss für Wohnen, Stadtentwicklung, Bauwesen und Kommunen überwiesen.

Die Unterrichtung auf **Drucksache 20/12664** wurde gemäß § 80 Absatz 3 GO-BT an den federführenden Ausschuss und die mitberatenden Ausschüsse überwiesen (Drucksache 20/12868 Nummer 1.30).

Der Haushaltsausschuss wurde zudem gemäß § 96 GO-BT beteiligt.

Der Parlamentarische Beirat für nachhaltige Entwicklung hat sich gutachtlich beteiligt.

II. Wesentlicher Inhalt der Vorlage

Laut Bundesregierung solle mit der Weiterentwicklung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) eine noch besser auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten ausgerichtete Gesundheitsversorgung erreicht werden. Es würden die Interessenvertretungen gestärkt, die Entscheidungen der Selbstverwaltung beschleunigt und Mitsprachemöglichkeiten der Vertretungen der Hebammen und der von ihnen geleiteten Einrichtungen sowie der wissenschaftlichen Fachgesellschaften gestärkt. Zudem werde die Vorgabe eingeführt, dass Entscheidungen über die Einrichtung einer Arbeitsgruppe und die Bestellung von Sachverständigen durch einen Unterausschuss getroffen würden sowie die Vertretung der Berufsorganisationen der Pflegeberufe finanziell unterstützt würde. Die Patientenvertretung erhalte das Recht, eine Beschlussfassung im Beschlussgremium des G-BA einmalig zu verhindern und dadurch eine erneute Auseinandersetzung herbeizuführen.

Zur Beschleunigung der Verfahren im G-BA werde die Verpflichtung des G-BA zur jährlichen Berichterstattung modifiziert und weitere Fristvorgaben würden eingeführt. Stellungnahmerechte wissenschaftlicher Fachgesellschaften würden ausgedehnt und die Stellungnahmerechte der Vertretungen der Hebammen zu Beteiligungsrechten ausgebaut.

Die langjährige Praxis der Beratung des G-BA durch die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) werde gesetzlich verankert.

Die Durchführung hybrider und digitaler Sitzungen mit Beschlussfassungen werde neben den Organen der Sozialversicherungsträger auch anderen Selbstverwaltungsorganen und -gremien durch entsprechende Regelungen in den Geschäftsordnungen ermöglicht, um eine effizientere Durchführung der Sitzungen zu erzielen.

Um eine starke lokale Versorgungsinfrastruktur aufzubauen, werde die Gründung kommunaler medizinischer Versorgungszentren (MVZ) erleichtert. Für die Zulassung eines MVZ in der Rechtsform der GmbH sehe der Gesetzentwurf die Begrenzung der gesetzlich vorgesehenen Sicherheitsleistungen vor. Darüber hinaus werde klar gestellt, dass die Verwendung von Mitteln des Strukturfonds zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung nicht von der Feststellung einer Unterversorgung oder eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs abhängt.

Hinsichtlich der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen bestünden verschiedene Herausforderungen. Ziel sei die Verbesserung des Zugangs zur Versorgung für Kinder und Jugendliche sowie für Patientinnen und Patienten, die durch persönliche oder soziale Umstände benachteiligt seien. Es würden verschiedene Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung ergriffen. Den besonderen Versorgungsbedürfnissen von Kindern

und Jugendlichen beim Zugang werde durch eine separate Bedarfsplanung Rechnung getragen. Durch einen neuen Ermächtigungstatbestand werde der Zugang von vulnerablen Patientengruppen zur ambulanten psychotherapeutischen und psychiatrischen Behandlung verbessert. Zudem werde eine korrespondierende Regelung für medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schwerer Mehrfachbehinderung ergänzt.

Zur Sicherstellung des psychotherapeutischen Nachwuchses würden die Regelungen angepasst. Da die Weiterbildungsordnungen eine Weiterbildung im hauptberuflichen Angestelltenverhältnis vorsähen, seien rechtliche Vorgaben zur Weitergabe eines Teils der Vergütung zu streichen. Außerdem werde die Möglichkeit geschaffen, die Vergütung mit den Krankenkassen selbst zu verhandeln.

Außerdem seien Vereinfachungen beim Antrag auf Kurzzeittherapie und beim Konsiliarbericht vorgesehen. Die Bewilligungsverfahren für Hilfsmittelversorgungen würden beschleunigt, indem bei Anträgen von Kindern oder Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schwerer Mehrfachbehinderung das Prüfprogramm der Krankenkassen für bestimmte Hilfsmittelversorgungen eingeschränkt werde.

Da es an einem übersichtlichen und vergleichenden Angebot für gesetzlich Versicherte zu der Arbeit von Kranken- und Pflegekassen fehle, werde eine Erhöhung der Transparenz hinsichtlich der Servicequalitäten sowie des Leistungsgeschehens in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) anvisiert. Die Krankenkassen würden verpflichtet, jährlich einheitliche Kennzahlen und Informationen zu ihrer Service- und Leistungsqualität zu erheben. Zudem werde eine digitale und interaktive Vergleichsplattform geschaffen.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und das Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz hätten sich über den Übergang der Verordnungsermächtigung für die Arzneimittelverordnung gemäß § 78 Absatz 1 Satz 1 des Arzneimittelgesetzes auf das BMG verständigt.

Es solle außerdem die Missbrauchsmöglichkeit zulasten von Solidargemeinschaften unterbunden werden, die infolge des Flexirentengesetzes vom 8. Dezember 2016 bei privat krankenversicherten Rentnerinnen und Rentnern aufgetreten sei.

Im Bereich der Waisenrenten solle eine Beitragsfreiheit für Personen normiert werden, die einen Bundesfreiwilligendienst oder Jugendfreiwilligendienst absolviert hätten. Gleiches gelte für die soziale Pflegeversicherung.

Zur Gewährleistung der flächendeckenden hausärztlichen Versorgung solle die Budgetierung der ärztlichen Honorare im hausärztlichen Bereich aufgehoben und sollten weitere Reformen im Rahmen der hausärztlichen Vergütung vorgenommen werden. Dazu zählten etwa eine quartalsübergreifende Versorgungspauschale zur Behandlung chronisch kranker Patientinnen und Patienten sowie eine Vorhaltepauschale für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrages.

Zudem solle der Bürokratieaufwand durch die Vorgabe zur Festlegung einer Geringfügigkeitsgrenze im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen abgebaut werden.

Zum Schutz der Solidargemeinschaften vor unberechtigter Entziehung von Finanzmitteln seien die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen bei den Kranken- und Pflegekassen sowie beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) weiterzuentwickeln und zu stärken.

Die Prüfrechte des Bundesrechnungshofes (BRH) in Bezug auf die pauschale Abgeltung versicherungsfremder Leistungen der GKV durch Bundeszuschüsse sollten im Sinne einer wirksamen Finanzkontrolle um die Prüfrechte weiterer Selbstverwaltungsorganisationen erweitert werden.

Der Nationale Normenkontrollrat (NKR) hat den Gesetzentwurf der Bundesregierung gemäß § 6 Absatz 1 des Gesetzes zur Einsetzung eines Nationalen Normenkontrollrates (NKR) geprüft und eine Stellungnahme abgegeben (Drucksache 20/11853, Anlage 2). Darin kommt er zu dem Ergebnis, dass die Darstellung der Regelungsfolgen unvollständig, nicht in jeder Hinsicht nachvollziehbar und inhaltlich nicht methodengerecht ist. Der NKR hat im Rahmen seines gesetzlichen Auftrags beanstandet, dass das Ressort im Regelungsentwurf Einsparungen bei den Bürokratiekosten in voraussichtlich mittlerem zweistelligem Millionenbereich nicht methodengerecht beziffert und teilweise dem falschen Normadressaten zuweist. Die Darstellung der weiteren Kosten erfolge nicht transparent, da konkrete Berechnungen unter Offenlegung von Fallzahlen und Grundannahmen fehlten. Damit enthalte das Regelungsvorhaben kein realitätsnahes Bild der Kostenfolgen. Der NKR kritisiert, dass ihm die ab-

schließende Prüfung des Entwurfs erst am Tag vor der Kabinetttbefassung ermöglicht wurde, begrüßt aber die mit dem Vorhaben beabsichtigte Entlastung der Wirtschaft bei den Bürokratiekosten.

Dazu hat die Bundesregierung in ihrer Gegenäußerung auf Drucksache 20/11853 (Anlage 3) Stellung genommen.

Der Bundesrat hat in seiner 1046. Sitzung am 5. Juli 2024 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes Stellung zu nehmen (Drucksache 20/12664).

Dazu hat die Bundesregierung in ihrer Gegenäußerung auf Drucksache 20/12664 Stellung genommen.

III. Stellungnahmen der mitberatenden Ausschüsse

Der **Rechtsausschuss** hat in seiner 132. Sitzung am 29. Januar 2025 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Gruppe Die Linke bei Stimmenthaltung der Fraktionen der CDU/CSU und AfD beschlossen, die Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 20/11853 in der vom federführenden Ausschuss geänderten Fassung zu empfehlen.

Der **Haushaltsausschuss** hat in seiner 99. Sitzung am 29. Januar 2025 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Gruppe Die Linke bei Stimmenthaltung der Fraktionen der CDU/CSU und AfD bei Abwesenheit der Gruppe BSW beschlossen, die Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 20/11853 in der vom federführenden Ausschuss geänderten Fassung zu empfehlen. Außerdem hat er einen Bericht nach § 96 GO-BT abgegeben.

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 94. Sitzung am 29. Januar 2025 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Gruppen Die Linke und BSW bei Stimmenthaltung der Fraktionen der CDU/CSU und AfD beschlossen, die Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 20/11853 in der vom federführenden Ausschuss geänderten Fassung zu empfehlen.

Der **Ausschuss für Wohnen, Stadtentwicklung, Bauwesen und Kommunen** hat in seiner 85. Sitzung am 29. Januar 2025 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Fraktion der AfD bei Stimmenthaltung der Fraktion der CDU/CSU und Abwesenheit der Gruppe Die Linke beschlossen, die Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 20/11853 in der vom federführenden Ausschuss geänderten Fassung zu empfehlen.

Im Rahmen seines Auftrags zur Überprüfung von Gesetzentwürfen und Verordnungen der Bundesregierung auf Vereinbarkeit mit der nationalen Nachhaltigkeitsstrategie hat sich der **Parlamentarische Beirat für nachhaltige Entwicklung** gemäß Einsetzungsantrag (Drucksache 20/696) in seiner 67. Sitzung am 26. Juni 2024 mit dem Gesetzentwurf befasst. Er kommt zu dem Ergebnis, dass die Darstellung der Nachhaltigkeit plausibel und eine Prüfbite daher nicht erforderlich sei (Ausschussdrucksache 20(26)122-5).

IV. Beratungsverlauf und Beratungsergebnisse im federführenden Ausschuss

Der Ausschuss für Gesundheit hat in seiner 115. Sitzung am 3. Juli 2024 die Beratungen zum dem Gesetzentwurf aufgenommen und beschlossen, eine öffentliche Anhörung durchzuführen.

Die öffentliche Anhörung fand in der 131. Sitzung am 13. November 2024 statt. Als sachverständige Organisationen waren eingeladen: ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände, AdA – Bundesverband der Arzt-, Praxis- und Gesundheitsnetze, Akkreditierte Labore in der Medizin (ALM), Aktion Psychisch Kranke (APK), AOK-Bundesverband, Arbeiterwohlfahrt Bundesverband (AWO), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT), Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ), Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen (BVKJ), Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland (bkjpp), BKK Dachverband, Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands (BfHD), Bundesarbeitsgemeinschaft für medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit Behinderung (BAG MZEB), Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW), Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und -Initiativen (BAGP), Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen (BAG Selbsthilfe), Bundesärztekammer (BÄK), Bundespflegekammer, Bundespsycho-

therapeutenkammer (BPtK), Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP), Bundesverband der Betreiber medizinischer Versorgungszentren (BBMV), Bundesverband Niedergelassener Diabetologen (BVND), Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (bvvp), Bundesverband Managed Care (BMC), Bundesverband Medizinische Versorgungszentren – Gesundheitszentren – Integrierte Versorgung (BMVZ), Bundesverband Medizintechnologie (BVMed), Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa), Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA), Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (DAG-SHG), Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen (DGIV), Deutsche Gesellschaft für Medizin für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung (DGMGB), Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation (DEGEMED), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ), Deutsche Industrie- und Handelskammer (DIHK), Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung (DPtV), Deutscher Städte- und Gemeindebund (DStGB), Deutsche Stiftung Patientenschutz, Deutscher Behindertenrat (DBR), Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK), Deutscher Caritasverband (DCV), Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB), Deutscher Hebammenverband (DhV), Deutscher Landkreistag (DLT), Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband (DPWV), Deutscher Pflegerat (DPR), Deutscher Städtetag (DST), Diakonie Deutschland, Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen (IKK), Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (GdV), GKV-Spitzenverband, Hartmannbund – Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands, Hausärztinnen- und Hausärzteverband, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Marburger Bund – Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands, Netzwerk der Geburtshäuser, PHAGRO – Bundesverband des pharmazeutischen Großhandels, Sozialverband Deutschland (SoVD), Sozialverband VdK Deutschland (VdK), Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG), Spitzenverband der Heilmittelverbände (SHV), Spitzenverband Fachärzte Deutschlands (SpiFA), Stiftung Deutsche Krebshilfe, ver.di – Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft, Verband der Ersatzkassen (vdek), Verband der privaten Krankenversicherung (PKV), Verband Forschender Arzneimittelhersteller (vfa), Verband medizinischer Fachberufe (VMF), Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv), Verein demokratischer Ärzt*innen (vdää), Virchowbund – Verband der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte Deutschlands.

Als namentlich benannte Sachverständige wurden eingeladen: Alexander Fischer (Gesundheit für Billstedt/Horn), Prof. Dr. Ferdinand Gerlach (Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main), Dr. Franjo Grotenhermen (Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin), Dr. Matthias Gruhl (Gesundheitsstaatsrat a. D.), Felix Kiunke (Psychologie-Fachschaften-Konferenz (PsyFaKo)), Prof. Volker Mall (kbo-Kinderzentrum München, Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ)), Prof. Dr. Matthias Schrappe (Universität Köln) und Elmar Stegmeier (Kompetenznetzwerk Social Prescribing).

Auf das Protokoll der Anhörung und die Stellungnahmen auf den Ausschussdrucksachen 20(14)234(1-45.2) wird verwiesen.

Der Ausschuss hat in seiner 136. Sitzung am 29. Januar 2025 seine Beratungen fortgesetzt und abgeschlossen.

Als Ergebnis empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Gruppen Die Linke und BSW bei Stimmenthaltung der Fraktionen der CDU/CSU und AfD, den Gesetzentwurf auf Drucksache 20/11853 in der vom Ausschuss geänderten Fassung anzunehmen.

Änderungsanträge

Dem Ausschuss für Gesundheit hat ein Änderungsantrag der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP auf Ausschussdrucksache 20(14)235.1 neu vorgelegen.

Die Änderung von Artikel 1 Nummer 1 wurde mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, FDP und AfD sowie der Gruppen Die Linke und BSW bei Stimmenthaltung der Fraktion der CDU/CSU angenommen.

Die Änderung von Artikel 1 Nummer 2 wurde mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, FDP und AfD sowie der Gruppe Die Linke bei Stimmenthaltung der Fraktion der CDU/CSU sowie der Gruppe BSW angenommen.

Die restlichen Änderungen wurden mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP bei Stimmenthaltung der Fraktionen der CDU/CSU und AfD sowie der Gruppen Die Linke und BSW angenommen.

Ferner hat die Fraktion der AfD einen Änderungsantrag auf Ausschussdrucksache 20(14)235.2 mit folgendem Inhalt vorgelegt:

Artikel 1 wird wie folgt geändert:

a) § 27 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

In Satz 2 wird bei Nummer 6 der Punkt durch ein Komma ersetzt und eine neue Nummer „7. Versorgung mit Ausstattungen für telemedizinische Anwendungen.“ angefügt.

b) § 33 wird wie folgt geändert:

Nach § 33 Absatz 9 wird folgender Absatz 10 eingefügt:

„(10) Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Ausstattungen für telemedizinische Anwendungen, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach § 34 Abs. 4 ausgeschlossen sind.“

c) § 87 wird wie folgt geändert:

In dem Absatz 2b angefügten Satz 1 wird nach dem Wort „Arzneimittel“ eingefügt „eines Hilfsmittels oder einer digitalen Gesundheitsanwendung“.

Begründung:

Digitale Gesundheitsanwendungen und Telemedizin erleichtern auch in Zeiten zunehmenden Ärztemangels den Kontakt zum Arzt, helfen Bürokratie und Wege zu vermeiden, eröffnen neue Möglichkeiten zur Behandlung und bringen durch neue Möglichkeiten der Überwachung des Gesundheitszustandes einen Zugewinn an Sicherheit.

Dann darf deren Anwendung aber nicht an fehlender Verordnungsfähigkeit auch der Infrastruktur scheitern. Übertragungsgeräte zur Datenübertragung und -speicherung müssen erstattet werden, sofern im speziellen Einzelfall in heutiger Zeit übliche Alltagsgegenstände wie Mobiltelefon oder ein Rechner mit Internetzugang nicht ausreichend sind.

Heute ist das keineswegs so: Obwohl z. B. das Telemonitoring bei Herzinsuffizienz bezüglich der ärztlichen Leistung in die Regelversorgung der GKV-Versicherten aufgenommen wurde und das Telemonitoring von kardialen Implantaten ohne externe Übertragungsgeräte und die notwendige Infrastruktur gar nicht durchgeführt werden kann, wird die Übernahme dieser Infrastruktur-Kosten von der GKV meist abgelehnt.

Dieser Widerspruch soll durch die vorgeschlagene Änderung möglichst unbürokratisch aufgelöst werden.

Der Ausschuss hat den Änderungsantrag auf Ausschussdrucksache 20(14)235.2 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, CDU/CSU, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP sowie der Gruppen Die Linke und BSW gegen die Stimmen der Fraktion der AfD abgelehnt.

Petitionen

Zu dem Gesetzentwurf auf Drucksache 20/11853 lagen zwei Petitionen vor, die in die Beratungen einbezogen wurden. Der Petitionsausschuss wurde entsprechend informiert.

Meinungen der Fraktionen und Gruppen

Die **Fraktion der SPD** betonte, dass es sehr erfreulich sei, noch sinnvolle Regelung zur Patientenversorgung zum Abschluss dieser Wahlperiode auf den Weg gebracht zu haben. Die Entbudgetierung stärke die hausärztliche Patientenversorgung und entlaste die Hausärzte im Behandlungsalltag. Zudem werden insbesondere durch die Vorsorgepauschale und die Vorhaltepauschale die Hausärzte in ihrer Rolle gestärkt. Dies sei ein gemeinsames Anliegen, das auch im Koalitionsvertrag festgehalten wurde. Endlich werde der Anspruch auf Notfallverhütungsmittel für Opfer sexueller Gewalt auch ohne Altersbeschränkung gelten. Zudem werde die Hilfsmittelversorgung für Kinder oder Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schwerer Mehrfachbehinderung verbessert – künftig

entfalle die Genehmigung einer Hilfsmittelverordnung durch die Krankenkasse für diesen Personenkreis. Zudem werde die Übergangsfrist für sog. sonstige Produkte der Wundbehandlung verlängert, um eine stabile und hochwertige Wundversorgung für Patienten und Patientinnen zu gewährleisten. Daher stimme man dem Antrag zu, obwohl man sich beim GVSG noch mehr hätte vorstellen können. Es sei bedauerlich, dass eine Fraktion aus der Koalition ausgeschieden sei und man nun wesentliche Teile des GVSG nicht mehr auf den Weg habe bringen können.

Die **Fraktion der CDU/CSU** erklärte, sie werde sich beim Gesetzentwurf der Bundesregierung enthalten. Obwohl der Gesetzentwurf viele gute Ansätze enthalte, fehle bei der Positionierung gerade die Entbudgetierung der Fachärzte und auch das Thema Regress sei wiederum nicht aufgenommen worden. Auch die diabetologische Versorgung komme zu kurz. Insgesamt handele es sich nur um den kleinsten gemeinsamen Nenner ehemaliger Koalitionäre und das sei angesichts der notwendigen Reformen gerade nicht ausreichend.

Die **Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN** erklärte, mit dem Gesetz könnten wichtige Verbesserungen für die hausärztliche Versorgung erreicht werden. Besonders in Zeiten des zunehmenden Fachkräftemangels und wachsender Herausforderungen für die gesundheitliche Grundversorgung sorgten die Reformen für eine Entlastung der Hausarztpraxen und mehr Kapazitäten für Patientinnen. In vielen Regionen gebe es zu wenig Hausärztinnen und Hausärzte, was zu langen Wartezeiten und überfüllten Praxen führe. Nunmehr würde die Vergütung verlässlicher und es würden Fehlanreize abgebaut. Insbesondere chronisch Kranke profitierten von den Veränderungen aufgrund besserer Koordination und optimierter Versorgung. Zudem werde auch das Praxispersonal entlastet, sodass insgesamt der Druck auf die Praxen verringert werde. Darüber hinaus entfielen künftig die Altersbeschränkungen für Notfallkontrazeptiva für Opfer sexualisierter Gewalt. Im Bereich der Bewilligungsverfahren von Hilfsmitteln für Kinder und Erwachsene mit geistiger Behinderung würden ebenfalls Verbesserungen geschaffen. Es sei bedauerlich, dass andere wichtige Regelungen wie etwa Gesundheitsregionen und Erleichterungen für Kommunen für die Gründung von MVZ nicht mehr beschlossen werden könnten.

Die **Fraktion der FDP** brachte zum Ausdruck, dass man sich freue, dass es noch gelinge, dieses Gesetz mit dem Kern der Entbudgetierung der Hausärzte zu beschließen, vor allem, weil es der besseren Versorgung der Patienten diene und die Attraktivität des Berufsbildes der Hausärzte verbessere. Es sei wichtig, dass erbrachte und medizinisch notwendige Leistungen vollumfänglich vergütet und die neuen Pauschalen eingeführt würden, da dies mehr Kapazitäten in den Praxen schaffen würde. Einige Fragen, die im parlamentarischen Verfahren aufgekommen waren, seien bereits geklärt worden. Die Angst, dass speziell die Patienten in den diabetologischen Schwerpunktpraxen betroffen sein könnten, sei genommen worden. Es sei mehrfach erläutert worden, dass dem nicht so sei und keine finanziellen Nachteile entstünden, auch nicht für die Kassenärztlichen Vereinigungen in einzelnen Ländern, die faktisch schon entbudgetiert gewesen seien.

Die **Fraktion der AfD** kritisierte, dass die Endbudgetierung, die grundsätzlich begrüßenswert sei, nur für Hausärzte, nicht dagegen für Fachärzte gelte. Positiv seien die Schaffung zusätzlicher Anreize, die Öffnungszeiten außerhalb der normalen Öffnungszeiten sowie die Regelungen zu Hausbesuchen. Die versprochene Generalüberholung des Gesundheitssystems werde damit allerdings nicht erreicht. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels hätten weitere konkrete Fragestellungen angesprochen werden müssen wie beispielsweise die Sicherstellung der Versorgung und die Aufhebung der Abrechnungsgrenzen zwischen ambulant und stationär. Ebenso werde auch die Entbürokratisierung lediglich am Rande erwähnt.

Die **Gruppe Die Linke** wies auf die bestehenden Probleme im Gesundheitssektor hin, insbesondere in der flächendeckenden, wohnortnahen Versorgung. Sie betonte dringenden Veränderungsbedarf, um die ambulante Versorgung zu verbessern und zukunftsfest zu gestalten. Der heute erneut von der Tagesordnung abgesetzte Antrag der Gruppe habe viele dieser Punkte beschrieben und es sei mehrfach angeboten worden, Teile davon zu übernehmen. Es bestehe ein starker Versorgungsmangel in der Allgemeinmedizin, der in den kommenden Jahren zunehmen werde, wobei auch ein Verteilungsproblem erkennbar sei. Der erste Referentenentwurf zum Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz habe zumindest vorsichtige Ansätze für notwendige Strukturreformen enthalten, wie Gesundheitskioske und Primärversorgungszentren. Es sei jedoch klar, dass man weg von der Einzelpraxis und der Arztzentrierung müsse und größere Gesundheitszentren sowie neue Berufsbilder etablieren sollte. Vernetzung und Kooperation seien notwendig, anstatt eine Versäulung und Abschottung zu fördern. Stattdessen werde nun ein teures Wahlkampfeschen in Form einer Entbudgetierung präsentiert, die die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung viel Geld kosten werde und in unterversorgten Regionen nichts bringe. Die Gruppe Die Linke werde diesen Gesetzentwurf folglich ablehnen. Den Änderungsanträgen 1 und 2 werde zugestimmt, da sie

sinnvoll seien; dem 3. Antrag würde ebenfalls zugestimmt werden, wenn er nicht gemeinsam mit den Anträgen 4 und 5 abgestimmt würde. Insgesamt werde der Gesetzentwurf abgelehnt.

Die **Gruppe BSW** erklärte, die angestrebte Verbesserung der Gesundheitsversorgung auf kommunaler Ebene werde mit dem GVSG nicht erzielt. Durch weitere Konsultationspflichten und Einspruchsmöglichkeiten werde der Gemeinsame Bundesausschuss geschwächt und auch die Vorhaltepauschalen könnten aufgrund personeller Engpässe nicht die gewünschte Wirkung erzielen. Problematisch sei ebenfalls, dass medizinische Versorgungszentren zu regionalen Monopolen privater Investoren führen könnten, wodurch die kommunale Einflussnahme erschwert werde. Die Änderungsanträge mit der Entbudgetierung und Erweiterung der Vergütung der Kinder- und Jugendmedizin und Vereinfachung der Hilfsmittelversorgung wiesen zwar positive Aspekte auf, kritisiert würden dagegen die Bedingungen der Vorhaltepauschalen und die unklare Finanzierung.

B. Besonderer Teil

Soweit der Ausschuss für Gesundheit die unveränderte Annahme des Gesetzentwurfs empfiehlt, wird auf die Begründung auf Drucksache 20/11853 verwiesen. Zu den vom Ausschuss für Gesundheit vorgeschlagenen Änderungen ist darüber hinaus Folgendes anzumerken:

Zu Nummer 1 der Maßgabe

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1

Bereits nach geltender Rechtslage haben Versicherte bis zum vollendeten 22. Lebensjahr Anspruch auf nicht verschreibungspflichtige Notfallkontrazeptiva. Die Altersbeschränkung entfällt künftig für die Leistung von Notfallkontrazeptiva in Fällen, in denen ein Hinweis auf einen sexuellen Missbrauch oder eine Vergewaltigung besteht.

Zu Nummer 2

Nach der gemäß § 31 Absatz 1a Satz 4 auf der Grundlage von § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 beschlossenen Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) können sonstige Produkte zur Wundbehandlung in die Versorgung nach § 31 Absatz 1 Satz 2 einbezogen werden, sofern sie medizinisch notwendig sind. Durch die im Gesetz zur Bekämpfung von Lieferengpässen bei patentfreien Arzneimitteln und zur Verbesserung der Versorgung mit Kinderarzneimitteln vom 19. Juni 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 197) vorgesehenen Änderungen des § 31 Absatz 1a wurde der G-BA beauftragt, das Nähere zu einer Beratung zu regeln, in der der G-BA Hersteller von sonstigen Produkten zur Wundbehandlung im Rahmen eines Antragsverfahrens insbesondere zu konkreten Inhalten der vorzulegenden Unterlagen und Studien berät. Ein entsprechender Beschluss des G-BA ist am 20. Februar 2024 in Kraft getreten. Darüber hinaus hat der G-BA das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit (IQWiG) mit einer Bewertung klinischer Studien im Therapiegebiet „Wundbehandlung“ beauftragt. Ein Ergebnis der Bewertung wird bis Frühjahr 2025 erwartet. Um den Herstellern von Wundbehandlungsprodukten ausreichend Zeit zu geben, das neue Beratungsverfahren beim G-BA in Anspruch zu nehmen und auch die Ergebnisse der Bewertung durch das IQWiG in der Erstellung der Nutznachweise berücksichtigen zu können, wird die Übergangsregelung in § 31 Absatz 1a Satz 5 um weitere zwölf Monate verlängert.

Zu Nummer 3

Unveränderte Übernahme der Regelungen aus dem Gesetzentwurf.

Zu Nummer 4

Unveränderte Übernahme der Regelungen aus dem Gesetzentwurf.

Zu Nummer 5

Zu Buchstabe a

Unveränderte Übernahme der Regelungen aus dem Gesetzentwurf.

Zu den Buchstaben b und c

Übernahme der Regelungen aus dem Gesetzentwurf mit erforderlichen redaktionellen Anpassungen und sprachlichen Vereinfachungen.

Zu Nummer 6

Übernahme der Regelungen aus dem Gesetzentwurf mit einer redaktionell erforderlichen Fristanpassung entsprechend der Regelung in § 87a Absatz 3c Satz 1 und einer sprachlichen Anpassung.

Zu Nummer 3 der Maßgabe

Zu Artikel 2 (Inkrafttreten)

Zu Absatz 1

Das Gesetz tritt vorbehaltlich des Absatzes 2 am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Zu Absatz 2

Ein rückwirkendes Inkrafttreten der Änderung des § 31 Absatz 1a Satz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch am 2. Dezember 2024 ist erforderlich, um die bisher geltende Frist zu verlängern, die mit Ablauf des 1. Dezember 2024 ausgelaufen ist.

Berlin, den 29. Januar 2025

Dirk-Ulrich Mende
Berichtersteller

Simone Borchardt
Berichterstellerin

Dr. Armin Grau
Berichtersteller

Christian Bartelt
Berichtersteller

Martin Sichert
Berichtersteller

Kathrin Vogler
Berichterstellerin

Andrej Hunko
Berichtersteller

