

Bericht

des Haushaltsausschusses (8. Ausschuss)
gemäß § 96 der Geschäftsordnung

zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung
– Drucksachen 20/11853, 20/12664, 20/14771 –

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

Bericht der Abgeordneten Wolfgang Wiehle, Svenja Stadler, Dr. Helge Braun, Dr. Paula Piechotta, Karsten Klein und Dr. Gesine Löttsch

Mit dem Gesetzentwurf ist beabsichtigt, die Gesundheitsversorgung in der Kommune zu stärken. Er enthält eine Vielzahl von Regelungen, die bestehende Vorschriften ergänzen und anpassen:

- Mit der Weiterentwicklung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) werden die Interessenvertretung der Pflege sowie die Patientenvertretung gestärkt, die Entscheidungen der Selbstverwaltung beschleunigt und die Mitsprachemöglichkeiten der Vertretungen der Hebammen und der von Hebammen geleiteten Einrichtungen, wissenschaftlicher Fachgesellschaften und weiterer Betroffener ausgebaut.
- Es wird die Möglichkeit von digitalen und hybriden Sitzungen für verschiedene Gremien eröffnet.
- Die Gründung von Medizinischen Versorgungszentren durch Kommunen wird erleichtert.
- Mit einem Paket von Regelungen wird die ambulante psychotherapeutische und psychiatrische Versorgung zielgerichtet verbessert, erleichtert und zukünftig sichergestellt.
- Das Bewilligungsverfahren für Hilfsmittelversorgungen bei schweren Krankheiten oder Behinderungen wird beschleunigt.
- Für gesetzlich Kranken- und Pflegeversicherte wird ein übersichtliches und niedrighwelliges digitales Informations- und Vergleichsangebot geschaffen.
- Ein Wechsel aus der privaten Krankenversicherung in die Familienversicherung der GKV durch Absenken einer Altersrente auf eine Teilrente wird ausgeschlossen.
- Waisenrenten werden auch während der Ableistung eines Freiwilligendienstes in der GKV und der sozialen Pflegeversicherung beitragsfrei gestellt.

- Mehrere Maßnahmen zur Anpassung der Vergütung der Hausärztinnen und Hausärzte werden ergriffen. Die Vergütung der Hausärztinnen und Hausärzte wird angepasst, indem deren Leistungen von mengenbegrenzenden und honorarmindernden Maßnahmen ausgenommen werden (Entbudgetierung). Für die Versorgung von chronisch kranken Menschen wird eine Vorhaltepauschale für Hausärztinnen und Hausärzte eingeführt.
- Für Ärztinnen und Ärzte wird Bürokratieaufwand im Bereich der Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen abgebaut.
- Das Zusatzentgelt für Testungen auf das Coronavirus SARS-CoV-2 in Kliniken wird gestrichen.
- Die Arbeit der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen der Kranken- und Pflegekassen wird gestärkt.
- Prüfrechte des Bundesrechnungshofs werden erweitert.
- Die Zuständigkeit für die Arzneimittelpreisverordnung wird vom Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz auf das Bundesministerium für Gesundheit übertragen.

Der Ausschuss für Gesundheit hat folgende Änderungen am Gesetzentwurf beschlossen:

- Die Regelungen zur Beschleunigung der Bewilligungsverfahren für Hilfsmittelversorgungen bei schweren Krankheiten oder Behinderungen sowie Maßnahmen im Bereich der Vergütung der hausärztlichen Versorgung (Entbudgetierung der Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung, Einführung einer quartalsübergreifenden Versorgungspauschale, Einführung einer Vorhaltepauschale) bleiben bestehen.
- Sicherstellung der Versorgung mit sonstigen Produkten zur Wundbehandlung durch eine rückwirkende Fristverlängerung bis zum 2. Dezember 2025.
- Künftiger Entfall der bisher geltenden Altersbeschränkung für die Leistung von Notfallkontrazeptiva in Fällen, in denen ein Hinweis auf einen sexuellen Missbrauch oder eine Vergewaltigung besteht.
- Ersatzlose Streichung sämtlicher anderer Regelungen aus dem Gesetzentwurf.

Die finanziellen Auswirkungen des Gesetzentwurfs unter Berücksichtigung der vom federführenden Ausschuss für Gesundheit beschlossenen Änderungen auf die öffentlichen Haushalte stellen sich wie folgt dar:

Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Bund, Länder und Kommunen

Keine.

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 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.

Die Regelungen zur Beschleunigung der Bewilligungsverfahren für Hilfsmittelversorgungen bei schweren Krankheiten oder Behinderungen führen zu Einsparungen in

nicht quantifizierbarer Höhe. Eine genaue Bezifferung ist aufgrund fehlender Daten insbesondere zum Anteil der Hilfsmittelanträge von in sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) oder medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB) behandelten Versicherten nicht möglich.

Die neu aufgenommene Regelung zur Abschaffung der geltenden Altersbeschränkung für die Leistung von Notfallkontrazeptiva in Fällen, in denen ein Hinweis auf einen sexuellen Missbrauch oder eine Vergewaltigung besteht, ist mit jährlichen Mehrausgaben von rd. 150.000 Euro für die gesetzliche Krankenversicherung verbunden.

Durch die rückwirkende Fristverlängerung zur Sicherstellung der Versorgung mit sonstigen Produkten zur Wundbehandlung entstehen der GKV keine Mehrausgaben. Die Verlängerung der Übergangsregelung in § 31 Absatz 5 Satz 1 SGB V kann jedoch dazu führen, dass Einsparungen erst ein Jahr später generiert werden. Die Höhe der Einsparungen hängt davon ab, welche Produkte der G-BA in den Leistungskatalog der GKV aufnimmt und welche nicht und ist daher nicht quantifizierbar.

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.

Erfüllungsaufwand

Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Für die Bürgerinnen und Bürger entsteht kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand.

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.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

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

Erfüllungsaufwand der Verwaltung

1. Bund, Länder und Kommunen

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

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). Die Verfahrensvereinfachung im Rahmen der Prüfung 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, 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 MZEB behandelten Versicherten nicht möglich.

3. Sonstige

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 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 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 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 Versorgungseleistungen 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.

Weitere Kosten

Keine.

Der Haushaltsausschuss hält den Gesetzentwurf 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 für mit der Haushaltslage des Bundes vereinbar.

Die Finanzplanung des Bundes für die Folgejahre ist entsprechend fortzuschreiben.
Dieser Bericht beruht auf der vom federführenden Ausschuss für Gesundheit vorgelegten Beschlussempfehlung.

Berlin, den 29. Januar 2025

Der Haushaltsausschuss

Dr. Helge Braun

Vorsitzender und Berichterstatter

Wolfgang Wiehle

Berichterstatter

Svenja Stadler

Berichterstatterin

Dr. Paula Piechotta

Berichterstatterin

Karsten Klein

Berichterstatter

Dr. Gesine Löttsch

Berichterstatterin

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.