

Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (GVSG)

(Bearbeitungsstand vom 29.04.2024, 09:50 Uhr)

Einleitung:

Der ALM e.V. teilt die Auffassung des Bundesministeriums für Gesundheit, die ärztliche Versorgung der Patientinnen und Patienten in den Kommunen stärken zu müssen. Der Referentenentwurf sieht hierfür unter anderem folgende Maßnahmen vor: Als Maßnahme, um die hausärztliche Versorgung auch künftig flächendeckend zu gewährleisten, soll die Budgetierung der ärztlichen Honorare im hausärztlichen Bereich aufgehoben werden. Zudem werden weitere Reformen in der hausärztlichen Vergütung, die die hausärztlichen Praxen entlasten sollen, vorgenommen. Mit dem Ziel, die Kommunen besser in die Lage zu versetzen, eine starke lokale Versorgungsinfrastruktur aufzubauen, soll die Gründung kommunaler medizinischer Versorgungszentren (MVZ) erleichtert 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. Zudem soll für Ärztinnen und Ärzte Bürokratie im Bereich der Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen abgebaut werden.

Der ALM e.V. spricht sich für eine vollständige Aufhebung der Budgetierung für alle Facharztgruppen aus und begrüßt eine trägerübergreifende, patientenzentrierte und qualitätsorientierte Weiterentwicklung der Regulierung von MVZ. Eine Erweiterung der Einflussmöglichkeiten der Länder auf die Zulassungsausschüsse lehnt der ALM e.V. als Eingriff in die Selbstverwaltung ab. Einen Bürokratieabbau hinsichtlich der Wirtschaftlichkeitsprüfungen für Teilnehmer der vertragsärztlichen Versorgung befürwortet der ALM e.V.

Nachfolgend finden Sie die Stellungnahme des ALM e.V. zu konkreten Regelungen des Referentenentwurfes.

Artikel 1

Neu

9. § 87a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

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

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

b) Absatz 3b wird wie folgt geändert:

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

bb) In Satz 2, 3, 7, 9 und 10 werden jeweils die Wörter „§ 87b Absatz 1 Satz 3

zweiter Halbsatz“ durch die Wörter „Satz 1“ ersetzt. cc) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragsparteien verhandeln über Zuschläge zur Förderung der Kinder- und Jugendmedizin, soweit bezogen auf den gesamten Zeitraum von vier aufeinanderfolgenden Kalendervierteljahren der Leistungsbedarf die festgesetzte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung hinsichtlich der in Satz 1 genannten Leistungen nicht ausschöpft.“

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

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

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

auf die Verkündung folgenden Kalendervierteljahres] für das laufende Kalenderjahr und danach jährlich für das folgende Kalenderjahr zu erfolgen hat. Die Vorgaben nach Satz 9 zur jährlichen Fortschreibung der auf die in § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz genannten Leistungen der hausärztlichen Versorgung entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung haben insbesondere die vereinbarten Anpassungen des Punktwertes und des Behandlungsbedarfs, der auf die in § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz genannten Leistungen der hausärztlichen Versorgung entfällt, sowie darauf entfallende Bereinigungen zu berücksichtigen. Wenn und soweit in dem Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung der Quotient aus der festgesetzten, auf die § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz genannten Leistungen der hausärztlichen Versorgung entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung einschließlich der Zuschläge nach den Sätzen 3 und 7 und dem hausärztlichen Leistungsbedarf ausschließlich der Zuschläge nach den Sätzen 3 und 7 den Wert von eins nicht überschreitet, leisten die Krankenkassen entsprechend ihres leistungsmengenbezogenen Anteils und des Verfahrens nach Absatz 3b Satz 8 bis 10 Ausgleichszahlungen, um die vollständige Vergütung des hausärztlichen Leistungsbedarfs zu gewährleisten. Der Bewertungsausschuss analysiert die Auswirkungen der Regelungen dieses Absatzes sowie der Regelungen in § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz insbesondere auf die hausärztliche Versorgung der Versicherten, die Honorare sowie die Ausgaben der Krankenkassen und berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des 10. auf die Verkündung folgenden Kalendervierteljahres] über die Ergebnisse.“

10. In § 87b Absatz 1 Satz 3 wird vor dem Punkt am Ende ein Komma und werden die Wörter „sowie unter Beachtung der nach § 87a Absatz 3c Satz 9 beschlossenen Vorgaben für die Vergütung der Leistungen des Versorgungsbereichs der allgemeinen hausärztlichen Versorgung“ eingefügt.

Stellungnahme:

Der ALM e.V. begrüßt die Entbudgetierung der hausärztlichen sowie kinder- und jugendmedizinischen Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung. Der ALM e.V. bekräftigt in diesem Zusammenhang erneut die Forderung nach vollständiger Aufhebung der Budgetierung für alle Facharztgruppen, einschließlich der diagnostischen Fächer. Der ALM e.V. unterstützt dabei ausdrücklich die Forderung des Spitzenverbandes der Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands (SpiFa) zur vollständigen Aufhebung der Budgetierung für alle Facharztgruppen. Was für Hausärztinnen und Hausärzte umgesetzt werden soll und für Kinder- und Jugendärzte bereits Realität ist, sollte als eine Selbstverständlichkeit für die gesamte Fachärzteschaft gelten. Haus- und fachärztliche Versorgung greifen ineinander und können nicht voneinander losgelöst betrachtet werden, zumal insbesondere die fachärztliche Labordiagnostik ohne Zweifel zur medizinischen Grundversorgung der Bevölkerung gehört und daher ohnehin stets mitbetrachtet werden sollte. Wichtig ist daher eine Stärkung der ambulanten Versorgung in allen Leistungsbereichen; vollständig erbrachte Leistungen müssen auch vom Leistungsbereich unabhängig vollständig vergütet werden. Die Kostensteigerungen sind auch in den ambulanten fachärztlichen Laboren enorm. In den letzten drei Jahren sind die Ausgaben für Löhne und Gehälter, die Energiekosten und damit einhergehend auch die Aufwände für die Probenlogistik sowie die Preise der IVD-Hersteller erheblich gestiegen. Hinzu kommen stetig steigende gesetzliche Anforderungen an die IT-Sicherheit und hier insbesondere aus gesetzlichen Anforderung, wie z.B. aus dem BSI-Gesetz und der KRITIS-Verordnung. Aus Sicht des ALM e.V. ist es notwendig, die Kostenerstattungen und Vergütungen im EBM regelmäßig zu überprüfen und die Honorare für alle

Arztgruppen entsprechend anzupassen. Dazu gehören auch die fachärztlichen diagnostischen Leistungen. Die akkreditierten Labore stehen für eine patientenzentrierte und qualitätsorientierte Versorgung der Bevölkerung mit fachärztlicher Labordiagnostik. Diese wird wohnortnah und flächendeckend sichergestellt. Die akkreditierten, fachärztlichen Labore gewährleisten damit einen niedrigschwelligen Zugang zur Diagnostik und die Verfügbarkeit von Diagnostik mit Blick auf die zunehmende Ambulantisierung der Medizin.

Neu

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

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

Stellungnahme:

Die Änderung zielt auf eine Erleichterung der Zulassungsvoraussetzungen für Medizinische Versorgungszentren (MVZ) in der Rechtsform der GmbH insbesondere für Kommunen ab. Die Regelung gilt auch für die Sicherheitsleistungen der Gesellschafter nichtkommunaler MVZ in der Rechtsform einer GmbH. Eine Vereinheitlichung von Rahmenbedingungen für eine Erleichterung der Zulassungsvoraussetzungen für MVZ, die trägerübergreifend gilt, wird vom ALM e.V. begrüßt.

Insgesamt gilt für die akkreditierten Labore, dass Regulierungen des ambulanten Versorgungssektors versorgungsformunabhängig und trägerübergreifend zu erfolgen haben. In der laufenden gesundheitspolitischen Debatte wurde mehrfach gefordert, Beschränkungen für MVZ mit nicht-ärztlichen, privaten Kapitalgebern einzuführen (z.B. räumlich auf den Einzugsbereich des Gründungskrankenhauses bezogen oder fachlich auf die dort vertretenen Disziplinen bezogen). Solche Beschränkungen sind aber kontraproduktiv für die medizinische Versorgung der Bevölkerung.

Spätestens mit der Ermöglichung der Anstellung von Ärzten durch (andere) Vertragsärzte sowie der Schaffung der Möglichkeit einer gleichzeitigen Tätigkeit als Vertragsarzt sowie als angestellter Arzt in einem Krankenhaus im Rahmen des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes 2006 hat der Gesetzgeber die Möglichkeit untermauert, als Arzt den freien Beruf auch in Anstellung ausüben zu dürfen. Bereits vor 2006 wurde gesellschaftlich nie in Frage gestellt, dass Spitzenmedizin an Universitätskliniken oder Spezialkliniken von dort angestellten Ärzten ausgeübt wird und dies nicht den reinen Marktprinzipien folgt oder reinen ökonomischen Zwängen unterliegt, sondern durchaus gemeinwohlorientiert ist. Die Ausübung des freien ärztlichen Berufes ist zudem rechtlich geschützt, unabhängig davon, in welcher Einrichtung der Arzt seine Tätigkeit ausübt. Das gilt auch für die ärztliche Berufsausübung in einem MVZ. Auch in dieser Versorgungsform, die aktuell wegen der Möglichkeit der Inhaberschaft durch nicht-ärztliche Kapitalgeber in der gesundheits- und berufspolitischen Diskussion ist, sorgen beispielsweise die (Muster-) Berufsordnung (MBO) für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte und die Zugehörigkeit der ärztlichen Leitung eines MVZ sowie aller angestellten Ärztinnen und Ärzte mit einer Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit zur KV maßgeblich dafür, dass die Stellung der

Ärztinnen und Ärzte gegenüber nicht-medizinisch-fachlichen Weisungen fremder Dritter oder Einflüssen aufgrund eines rein ökonomischen Interesses besonders gestärkt und rechtlich klar geregelt ist. Eine weitere Stärkung der Position der ärztlichen Leitung kann beinhalten, dass die Leitung durch mehrere Ärztinnen bzw. Ärzte wahrgenommen werden darf, sie eine ausreichende Kontroll- und Aufsichtsbefugnis und wirtschaftliche Entscheidungskompetenz erhält, zeitlich auskömmlich im MVZ beschäftigt ist und ausreichende Kenntnisse und Erfahrungen in der ärztlichen Versorgung nachweisen muss. Weitere Ergänzungen wie beispielsweise der teils geforderte erweiterte Kündigungsschutz sind aus arbeitsrechtlicher Sicht nicht erforderlich und führen eher zu Fehlanreizen in Beschäftigungsverhältnissen. Generell obliegt der ärztlichen Selbstverwaltung auch die eigenverantwortliche Überwachung der Einhaltung der eigenen Berufsordnung und die Sanktionierung von Fehlverhalten. Der Gesetzgeber hat sich auf die Gestaltung der hierfür geltenden Rahmenbedingungen zu beschränken. Es kann daher auf weitergehende gesetzliche Regelungen im SGB V zur freiberuflichen ärztlichen Tätigkeit verzichtet werden. Eine mögliche Stärkung der ärztlichen Leitung in MVZ kann durch Aufnahme der genannten Aspekte in den § 95 Abs. 1 SGB V bei Bedarf erfolgen.

So kann folgende Ergänzung des § 95 Abs. 1 SGB V nach Satz 3 erfolgen: *„Zur Sicherstellung der Weisungsfreiheit ist die ärztliche Leitung mit einer ausreichenden Kontroll- und Aufsichtsbefugnis und wirtschaftlicher Entscheidungskompetenz auszustatten, sie ist zeitlich auskömmlich im MVZ zu beschäftigen und hat ausreichende Kenntnisse und Erfahrungen in der ärztlichen Versorgung nachzuweisen. Die ärztliche Leitung kann von mehreren natürlichen Personen gleichzeitig wahrgenommen werden.“*

Insgesamt plädiert der ALM e.V. für die nachfolgende Konkretisierung der Regulierung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. Sie sollte trägerübergreifend für alle an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung Beteiligten (Einzelpraxen, BAG, MVZ und alle weiteren zugelassenen Versorgungsformen) zu gelten hat:

1. **Förderung der Transparenz:** Insgesamt unstrittig ist es, die Transparenz der Inhaber- und Trägerschaft von Leistungserbringerstrukturen weiter zu verbessern und die den Zulassungsausschüssen bekannten Informationen, sofern dem keine Regelungen entgegenstehen, zu veröffentlichen. Hierfür ist eine entsprechende Regulierung sinnvoll, die in der Zulassungsverordnung gefasst werden kann.

Es gibt bereits gesetzliche Regelungen zur Prüfung der Einhaltung des Versorgungsumfanges sowie der Abrechnung, die für alle vertragsärztlich zugelassenen Einzel- und Gemeinschaftspraxen oder MVZ gelten, z.B. Prüfung der Einhaltung der dem Arzt/MVZ übertragenen Versorgungsaufträge (§ 95 Abs. 3 Satz 4 SGB V) durch die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die Übermittlung der Ergebnisse und einer Übersicht über die gegebenenfalls getroffenen Maßnahmen nach § 95 Abs. 3 Satz 5 SGB V an die Landes- und Zulassungsausschüsse sowie die für die Kassenärztlichen Vereinigungen zuständigen Aufsichtsbehörde jeweils zum 30. Juni des Jahres. Weiterhin zu beachten sind die Regularien zu Wirtschaftlichkeitsprüfungen, insbesondere nach § 106a SGB V, § 106b SGB V sowie § 106d SGB V. In den veröffentlichten Honorar- und Qualitätsberichten sind keine Auffälligkeiten zu finden, insbesondere nicht in Bezug zur vertragsärztlichen Tätigkeit von MVZ. Auch ist nicht

bekannt, ob die jeweiligen Aufsichtsbehörden in den ihnen gem. § 95 übermittelten Daten Auffälligkeiten feststellen können. KVen und Krankenkassen sind daher zur Abgabe einer Erläuterung hinsichtlich der Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben zur Versorgungsauftragsumfangs- und -inhaltsprüfung sowie zur Abrechnungs- und Wirtschaftlichkeitsprüfung einschließlich daraus abgeleiteter Maßnahmen und deren Wirksamkeitskontrollen aufzufordern. Zur Verbesserung künftiger Berichte ist die Herstellung einer vollständigen Transparenz über die Inhaber- und Trägerschaft aller ambulanten ärztlich geleiteten Versorgungseinrichtungen herzustellen (Einzelpraxis, BAG oder MVZ). Das dient insbesondere der Förderung des „Patient Empowerment“.

Da die Durchführung der Vorschrift nach § 95 Absatz 3 Satz 4 nicht flächendeckend wahrnehmbar eingehalten wird, schlagen wir die Ergänzung des letztes Satzes um die nachfolgenden Wörter vor: *„und veröffentlichen die Zusammenfassung jährlich im jeweiligen Qualitätsbericht.“*

2. **Träger- und einrichtungsunabhängige Qualitätssicherung:** Die fachärztliche Labordiagnostik ist bereits heute durch das Medizinprodukterecht und die sich hieraus ableitende Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen und die in der vertragsärztlichen Versorgung geltenden Regelungen im Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä, hier § 25) sowie aus der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 SGB V zur Erbringung von speziellen Untersuchungen der Laboratoriumsmedizin (Anlage 3 zum BMV-Ä) bereits umfassend geregelt. Die Honorarzahungen sind gemäß § 25 Abs. 7 BMV-Ä vom Nachweis der erfolgreichen Teilnahme an der externen Qualitätssicherung abhängig. In diesem Zusammenhang sind auch die Regelungen zur Förderung der Qualität durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (§ 135b SGB V) zu sehen. Die KVen sind zur Prüfung der Qualität der in der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen im Einzelfall durch Stichproben verpflichtet (§ 135b Abs. 2 Satz 1). Die Grundlage dafür schafft die Richtlinie des G-BA zu Auswahl, Umfang und Verfahren bei Qualitätsprüfungen im Einzelfall. Ausbau und Anwendung von Richtlinien zur Verbesserung der Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung sind daher sachgerecht und im Sinne eine bestmöglichen Patientensicherheit erforderlich. Sie sollten daher trägerübergreifend Teil einer patienten- und qualitätsorientierten Regulierung sein. Die Qualität der Versorgung wird dadurch transparenter, kann dann besser erfasst und evidenzbasiert bewertet werden. Insofern sollte der Gesetzgeber dem Gemeinsamen Bundesausschuss einen Auftrag zur Entwicklung einer Qualitätssicherungs-Richtlinie für die ambulante vertragsärztliche Versorgung erteilen. Dies ist auch im Zusammenhang mit der immer stärker ambulant möglichen Behandlung sinnvoll.
3. **Gründungsbeschränkungen für MVZ aufheben:** Die seit 2012 eingeführten Beschränkungen für die Gründung von MVZ (§ 95 Abs. 1a SGB V) haben dazu geführt, dass aufgrund der dadurch künstlich erhöhten Investitionshürden für die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung vor allem große Kapitalgeberstrukturen bevorzugt wurden. Das bewirkte eine Verzerrung des Wettbewerbs, insbesondere auch zugunsten größerer Krankenhausketten. Diese aus der Sicht der Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung weder notwendigen noch zielführenden und ebenso nicht sachgerechten Hürden gilt es wirksam abzubauen. Die verfügbaren Finanzmittel sollten stattdessen primär zum Wohle der Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung eingesetzt werden. Dies würde auch vor allem kleineren, eher regional verankerten Strukturen eine bessere Teilnahme an der Patientenversorgung ermöglichen.

Daher ist der Rechtsrahmen zur Gründungsberechtigung von MVZ auf den Stand von 2004 zurückzuführen.

So kann folgende Änderung des § 95 Abs. 1a SGB V Satz 1 erfolgen: *„Medizinische Versorgungszentren können von zugelassenen Ärzten sowie allen weiteren zugelassenen Leistungserbringern i.S.d. SGB V, von anerkannten Praxisnetzen nach § 87b Absatz 2 Satz 3, von gemeinnützigen Trägern, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, oder von Kommunen gegründet werden.“*

4. **Prüfauftrag an Selbstverwaltung zu den Auswirkungen von § 95 Abs. 1b SGB V:** Aus wettbewerbstheoretischer Sicht sowie im Sinne des Patientenschutzes sind Konzentrationen sowohl auf der Nachfrage- als auch auf der Angebotsseite problematisch und grundsätzlich Gegenstand des Wettbewerbs- bzw. des Kartellrechts. Empirisch lassen sich aber wohl keine Anhaltspunkte in der ambulanten ärztlichen Versorgung finden, die für eine Anbieterkonzentration oder gar eine Monopolisierung des Angebots zu Gunsten von MVZ sprechen. Dies hat das Gutachten der Professoren Ladurner, Walter und Jochimsen im Jahre 2020 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit untermauert. Im Sinne einer patientenorientierten Regulierung ist es daher, dass die Selbstverwaltung mittels Datenerhebung die Auswirkungen der Regelung in § 95 Abs. 1b SGB V auf die zahnmedizinische Versorgung mit besonderem Augenmerk auf die Qualität der Patientenversorgung prüft. Hierzu sollte ein Prüfauftrag an die Selbstverwaltung erfolgen.

Demnach ist § 95 Abs. 1b SGB V nach Satz 6 zu ergänzen: *„Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen werden mit einer Evaluierung der Auswirkungen der Maßnahmen auf die Qualität der Patientenversorgung bis zum 31. Dezember eines jeden Jahres und der Übermittlung der Ergebnisse an die jeweilige Aufsichtsbehörde im Anschluss beauftragt.“*

Bisher ist weder seitens des Bundesministeriums für Gesundheit noch seitens des Bundestags eine weitergehende Regulierung für MVZ vorgesehen, weshalb sich keine entsprechenden Vorschläge im Referentenentwurf wiederfinden. Daher bringt der ALM e.V. zur Ergänzung von § 95 Abs. 1 SGB V nach Satz 3 sowie mit den vier oben ausgeführten Empfehlungen für eine weiterführende trägerübergreifenden Regulierung aller Teilnehmer an der vertragsärztlichen Versorgung einen Vorschlag zur Weiterentwicklung des Ordnungsrahmens ein, der sich an einer patientenzentrierten und qualitätsorientierten bestmöglichen Versorgung orientiert.

Neu

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

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

Stellungnahme:

Den Ländern soll zudem ermöglicht werden, ihre versorgungsrelevanten Erkenntnisse in den Zulassungsausschüssen verbindlich zur Geltung zu bringen und damit die vertragsärztliche Versorgung maßgeblich mitzugestalten. Bereits heute verfügen schon die obersten Landesbehörden über ein Mitberatungsrecht in den Zulassungsausschüssen (vgl. § 96 Abs. 2a SGB V), das in Teilen nur geringfügig wahrgenommen wird. Aus Sicht des ALM e.V. würde eine entsprechende Änderung einen massiven Eingriff in die Selbstverwaltung bedeuten. Denn Selbstverwaltung bedeutet, dass sich die Träger des Gesundheitswesens - Kostenträger und Leistungserbringer - selbst organisieren, um das Gesundheitssystem autonom und innerhalb der gesetzlich festgelegten Leitplanken zu gestalten und zu organisieren. Eine solche Änderung würde demnach eine Erhöhung von Bürokratie bedeuten sowie dem Prinzip der Selbstverwaltung widersprechen. Der ALM e.V. plädiert daher für eine Streichung dieser Regelung aus dem GVSG.

Neu

17. In § 106b Absatz 2 Satz 2 werden nach dem Wort „durchgeführt“ die Wörter „und dass bis zu einem Betrag von 300 Euro je Betriebsstättennummer, Krankenkasse und Quartal diese nicht beantragt“ eingefügt.

Stellungnahme:

Für Ärztinnen und Ärzte soll Bürokratie im Bereich der Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen abgebaut werden. Eine solche „Bagatellgrenze“ wird im Sinne des Bürokratieabbaus vom ALM e.V. unterstützt. Hierbei sollte eine Prüfung erfolgen, ob diese Grenze weiter angehoben werden kann.

Weiterführende Anmerkungen:

Mit Blick auf die in Punkt 17 des Referentenentwurfs vorgesehene „Bagatellgrenze“ für Wirtschaftlichkeitsprüfungen mit dem Ziel einer Entlastung sowie Entbürokratisierung der Versorgung bitten wir um eine Entlastung der vertragsärztlich tätigen akkreditierten Labore durch die Möglichkeit für KVen auf Verzicht der Vorlage von Laborüberweisungsscheinen bei Nutzung eines Order-Entry-Systems durch ein Labor.