



Bundesgesetzblatt

Teil I

2025

Ausgegeben zu Bonn am 28. Februar 2025

Nr. 64

Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG)

Vom 25. Februar 2025

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 24. Februar 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 59) 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 31. August 2025 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 31. Mai 2025 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 1. Mai 2025 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 1. Oktober 2025 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 31. Mai 2025 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 1. Oktober 2025, 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 1. Oktober 2025 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 1. Mai 2025 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 30. September 2027 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 1. Oktober 2025 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.

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.

Die verfassungsmäßigen Rechte des Bundesrates sind gewahrt.
Das vorstehende Gesetz wird hiermit ausgefertigt. Es ist im Bundesgesetzblatt zu verkünden.

Berlin, den 25. Februar 2025

Der Bundespräsident
Steinmeier

Der Bundeskanzler
Olaf Scholz

Der Bundesminister für Gesundheit
Karl Lauterbach