

30. April 2024

Stellungnahme der DEGAM zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune des Bundesministeriums für Gesundheit

Die DEGAM sieht die im vorliegenden Gesetzentwurf vorgeschlagenen Regelungen im Wesentlichen als Verbesserung durch Stärkung der hausärztlichen Versorgungsebene, sieht aber auch teilweise die Notwendigkeit von Präzisierungen und Erweiterungen. Dies insbesondere deswegen, weil der hausärztliche Versorgungsbereich in den letzten Jahren trotz Bemühungen des Gesetzgebers zunehmend finanziell, strukturell und personell immer mehr unter Handlungsdruck gerät, obwohl die Anforderungen durch zusätzliche Aufgaben und zusätzliche Bürokratie gestiegen sind.

Ob die genannten Maßnahmen insbesondere zur Beschränkung der Chroniker-Kontakte die Praxen ausreichend entlasten, ist allerdings fraglich; zusätzlich ist eine Begrenzung unnötiger Akutkontakte sinnvoll. Dies kann am einfachsten durch Änderung der Arbeitsunfähigkeitsrichtlinie seitens des gemeinsamen Bundesausschusses erfolgen. Die derzeit geltende Regelung der möglichen (und oft sogar nachträglich eingeforderten) Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit ab dem ersten Krankheitstag stellt in Europa eine absolute Ausnahme dar und bewirkt in vielen Fällen eine unnötige Ansteckungsquelle im Wartezimmer. Allerdings muss eine Modifikation dieser Richtlinie wegen zu erwartender erheblicher Verschiebungen der Fallzahlen von weiteren stabilisierenden Maßnahmen begleitet werden.

Zu den gesetzlichen Änderungen im Einzelnen:

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nummer 6 – §65a - Ermöglichung eines Bonus für Versicherte nach § 73b (HzV)

Aus der Sicht der DEGAM im Wesentlichen sinnvoll.

- ⇒ Der besondere **Nachweis der Wirtschaftlichkeit sollte für moderate Bonuszahlungen entfallen** (z. B. bis 30 Euro) – dies stellt eine unwirtschaftliche / unnötige Bürokratie dar.
- ⇒ **Bestehende Bonus-Zahlungen nach § 53 SGB V sollten fortgesetzt werden**, um Krankenkassen, die schon heute Boni auf Basis dieser Regelung zahlen nicht zu bestrafen. Alle Kassen, die keine Boni nach § 53 SGB V zahlen, sollten im § 65 SGB V zur Zahlung verpflichtet werden.

- ⇒ **Die Krankenkassen sollen ggf. wählen können**, ob Bonus-Zahlungen im Sinne einer Geld-Prämie oder einer Zuzahlungsbefreiung erfolgen.
- ⇒ Nach Möglichkeit sollten Regelungen geschaffen werden, nach denen eine große Zahl an **HZV-Versicherten auch einen Vorteil für die Krankenkassen** z.B. bei der Verteilung von Finanzmitteln bringt (RSA).

Zu Nummer 7 – §81 - Ermöglichung von Hybrid-Sitzungen von KVen und KBV
Aus der Sicht der DEGAM so sinnvoll, dies hat sich in COVID-Zeiten bewährt.

Zu Nummer 8 a+b) - § 87 Absatz 2b und d – Versorgungspauschale +
Zu Nummer 8 b+c) - § 87 Absatz 2d und n – Vorhaltepauschale

Aus Sicht der DEGAM möglicherweise sinnvoll, zur Vermeidung eines übermäßigen bürokratischen Aufwandes in den Praxen **sollten hier Präzisierungen erfolgen**:

- ⇒ **Klarzustellen ist hier v. a., dass nicht alle chronisch erkrankten Patientinnen und Patienten im Rahmen von Jahrespauschalen versorgt werden können - die intensive Versorgung von Patientinnen und Patienten mit hohem Betreuungsbedarf muss alternativ weiterhin über die bekannten Quartalspauschalen plus z.B. Gesprächsziffern möglich sein.**

Begründung: Medizinisch sinnvoll ist eine Beschränkung der Versorgung vor allem bei leichten chronischen Erkrankungen mit in der Regel wenig intensivem Betreuungsbedarf (z.B. Hypothyreose, Migräne, ...) durch die hausärztliche Praxis. Dagegen besteht bei vielen schwereren Erkrankungen wie Diabetes, KHK, Niereninsuffizienz, ...) ein leitliniengemäß regelmäßiger Kontrollbedarf, der allerdings nicht immer einen persönlichen Arzt/Patientenkontakt erfordert. Über eine Kombination von zu definierenden Diagnosen und ggf. verordneten Arzneimitteln durch den Bewertungsausschuss kann ggf. die Gruppe der Patientinnen und Patienten klarer abgegrenzt aus den Daten der Regelversorgung werden - Die Entscheidung sollte aber letztlich der jeweiligen Praxis überlassen werden, denn die regionalen Versorgungsstrukturen müssen ebenso berücksichtigt werden wie patientenindividuelle Merkmale wie z.B. Begleiterkrankungen oder psychosoziale Umstände und die Möglichkeiten der Delegation auf nichtärztliches entsprechend qualifiziertes Praxispersonal.

- ⇒ **Der Weg zurück zur Quartalspauschale muss je Quartal möglich sein.**

Begründung: Für Patientinnen und Patienten, deren Zustand sich im Laufe eines Jahres so verändert, dass eine intensivere Betreuung erforderlich ist, darf es keine Incentivierung einer schlechteren Betreuung geben.

- ⇒ **Eine kontinuierliche Zahlung der Versorgungs- und Vorhaltepauschale pro Quartal**

Begründung: Die Zahlung der Zuschläge wäre entsprechend der vorliegenden Formulierung erst nachträglich, nach vier Quartalen, möglich. Das würde für viele Praxen Probleme bei der Zwischenfinanzierung bedeuten.

- ⇒ **Die Jahrespauschalen sollten ausschließlich bei einer umfänglichen Versorgung abrechenbar sein.**

Begründung: Die Lösung von einer grundsätzlichen Quartalssystematik ist sinnvoll und international üblich. Der Anreiz unnötige Arzt-Patient-Kontakte zu vermeiden kann hierdurch reduziert werden. Allerdings ist bei Patientinnen und Patienten, die im Laufe eines Jahres mehrere Ärztinnen/Ärzte in Anspruch nehmen, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich zugeordnet sind, ist ggf. eine Differenzierung erforderlich, ob es sich um die umfängliche Versorgung durch eine hausärztliche Praxis handelt, oder ob hier ggf. mitversorgende spezielle Versorgung geleistet wird (z. B. Akkupunktur, Schmerzmedizin, Diabetologie, Substitution) oder es sich um eine Urlaubsvertretung handelt. Dafür sollte eine entsprechende Kennzeichnung durch die zusätzlich in Anspruch genommene hausärztliche Praxis erfolgen **Eine angemessene Bewertung der Jahrespauschalen ist sicherzustellen**

Begründung: Gegenüber Gesunden bestehen bei chronisch Kranken trotz der möglichen Reduktion von nicht medizinisch notwendigen Arzt-Patienten-Kontakten weiterhin entsprechende Aufwände in den hausärztlichen Praxen (z. B. Kontrollanrufe, Recall, Medikamentenreview, Informationen o. ä.).

Die Kriterien für die Abrechnung der Vorhaltepauschale müssen so gefasst sein, dass Praxen, die bereits heute einen typischen hausärztlichen Versorgungsauftrag erfüllen, diese Kriterien bereits erfüllen oder einfach erfüllen können.

Neue Versorgungsangebote, die über das heute übliche Maß an Versorgung hinaus gehen, müssen durch zusätzliches Geld incentiviert werden.

⇒ **Freischaltung der Vorhaltepauschale im Stufenmodell statt alles-oder-nichts:**

Begründung: Anstatt einer fixen Liste an Kriterien sind flexible Stufenmodelle (z. B. sechs aus zehn Kriterien) zur Abrechnung der Pauschale praktikabler und motivierender und geben die Praxen die notwendige Flexibilität und den Gestaltungsspielraum bei der Erfüllung der Kriterien. Diese sollten beinhalten: Hausbesuche, Heim- und Palliativversorgung, BtM Rezepte, Wundversorgung, Psychosomatik, Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln, Behandlung von Kindern, geriatrisches Assessment, Attestierung von Arbeitsunfähigkeit, Durchführung von Präventionsleistungen, Impfungen, Fehlermanagement/Patientensicherheit, delegative Leistungen wie NÄPa/VERAH/PCM...

**Zu Nummer 9 c) - § 87a Absatz 3c – „Entbudgetierung“ Kapitel 3 EBM
Aus der Sicht der DEGAM mit beschleunigter Umsetzung sinnvoll.**

Begründung: Vor dem Hintergrund des bisher schon langen Zeitraums zwischen Vereinbarung der Entbudgetierung im Koalitionsvertrag und der geplanten Umsetzung im GVSG sollte das Inkrafttreten der Regelungen vorgezogen werden. Die vorgeschlagenen Regelungen betreffen derzeit zwar nur eine kleine Zahl von KVen, aber die vom Gesetzgeber beabsichtigte Förderung der Primärversorgung kann so nachhaltig gestaltet werden. Damit wird eine Fokussierung auf versorgungsrelevante Leistungen ermöglicht und der hausärztliche Nachwuchs motiviert sowie die Attraktivität des Versorgungsbereichs gestärkt.

**Deutsche Gesellschaft für
Allgemeinmedizin und
Familienmedizin (DEGAM)**



**Zu Nummer 10 - § 87b Abs 1 – „Entbudgetierung“ Kapitel 1.4 EBM
Aus der Sicht der DEGAM so sinnvoll als Ergänzung zu Nr. 9**

**Zu Nummer 12 - § 92 Abs 4-7g – weitere G-BA Stellungnahmerechte der
Fachgesellschaften**

Aus der Sicht der DEGAM so sinnvoll, um die Praxisbedingungen besser abzubilden

**Zu Nummer 16 - §105 Abs 1a S1 –erweiterte Fördermöglichkeiten der KV-Strukturfonds
Aus der Sicht der DEGAM so sinnvoll, um eine Förderung der Versorgungsqualität in allen
KV-Bereichen zu ermöglichen**

**Zu Nummer 17 - § 106b Abs2 S2 – Anhebung der Geringfügigkeitsgrenze bei Regressen
Aus der Sicht der DEGAM so sinnvoll – die bisherige Praxis kostete erheblich mehr
Bürokratieaufwand als tatsächlicher Nutzen**

Kontakt:

DEGAM-Bundesgeschäftsstelle
Schumannstraße 9
10117 Berlin

Tel.: 030-20 966 9800

geschaeftsstelle@degam.de