



Stellungnahme

Hausärztinnen- und Hausärzteverband e. V.

zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit
eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der
Kommune vom 08.04.2024

30. April 2024



Die Kommentierung ist in ihren Ausführungen und Vorschlägen bewusst knappgehalten und fokussiert sich auf jene Sachverhalte mit besonderer Bedeutung für die Hausärztinnen und Hausärzte. Wir behalten uns vor, zusätzliche Aspekte im Laufe des weiteren Verfahrens einzubringen oder zu kommentieren.

I. Allgemeines

Das mit dem Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit verfolgte wesentliche Ziel, die hausärztliche Versorgung zu stärken und auch künftig flächendeckend zu gewährleisten, wird seitens des Hausärztinnen- und Hausärzterverbandes ausdrücklich begrüßt. Insbesondere, dass die Ausübung einer ärztlichen Tätigkeit in der allgemeinen hausärztlichen Versorgung dauerhaft finanziell angemessener ausgestaltet wird und die Hausarztpraxen zugleich von medizinisch nicht notwendigen Arzt-Patienten-Kontakten entlastet werden.

Um die ambulante ärztliche Versorgung in der GKV auch künftig flächendeckend sicherzustellen, ist es zwingend notwendig, die hausärztliche Versorgung zu stärken. Hausärztinnen und Hausärzte sind in der Regel die ersten Ansprechpersonen bei Erkrankungen für die Versicherten und fungieren zudem als deren Lotsen im Gesundheitssystem. Ihnen kommt ein wesentlicher Verantwortungsumfang in der GKV zu. Sie sind in der Lage, einen überwiegenden Teil der medizinischen Beschwerden kompetent und schnell abschließend zu behandeln. Sollte eine schnelle fachärztliche Behandlung notwendig sein, können sie direkt zum richtigen Facharzt steuern, so dass die Patientin bzw. der Patient eine nahtlose Behandlung erhält. Ferner helfen sie in einem besonderen Maße, die Inanspruchnahme von teureren Versorgungsstrukturen – wie z. B. der Notaufnahmen in Krankenhäusern – zu verringern, was zu erheblichen und nachweisbaren Minderausgaben der GKV führt. Dies sollte zur Klarstellung und Transparenz auch in der Gesetzesbegründung konkretisiert werden (vgl. S. 5 des Referentenentwurfs). Die dort gewählte Formulierung, dass die Maßnahmen zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung ggf. auch zu Minderausgaben bei den Krankenkassen führen kann, ist insofern zu ergänzen, dass die Minderausgaben im stationären Sektor, bei der Notfallversorgung oder den Kosten für Arzneimittel zu erwarten sind. Eine Stärkung der hausärztlichen Versorgung bei gleichzeitigen Minderausgaben in diesem Bereich ist widersprüchlich und weckt ggf. falsche Erwartungen. Um diesen unverzichtbaren Teil in der ambulanten Gesundheitsversorgung aufrechtzuhalten, soll die Berufsausübung in der allgemeinen hausärztlichen Versorgung dauerhaft finanziell angemessener ausgestaltet werden. Auch dem zunehmenden Bedarf für den hausärztlichen Nachwuchs wird mithilfe dieser Maßnahmen begegnet.

Vor allem die vorgesehenen Maßnahmen zur Anpassung der Vergütung der Hausärztinnen und Hausärzte werden sehr begrüßt und als unumgänglich bewertet: Die Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung werden von mengenbegrenzenden oder honorarmindernden Maßnahmen ausgenommen (Entbudgetierung). Zudem werden eine jährliche Versorgungspauschale zur Behandlung chronisch kranker Patientinnen und Patienten eingeführt sowie eine Vorhaltepauschale für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrages, sofern die hausärztlichen Praxen bestimmte Kriterien erfüllt, was – vorbehaltlich einer weitergehenden Prüfung und erfolgreichen Umsetzung der Pauschalen im Bewertungsausschuss – grundsätzlich positiv zu bewerten ist.

Darüber hinaus begrüßen wir die Förderung von Versicherten, die sich für eine Teilnahme an einer hausarztzentrierten Versorgung (HZV) entscheiden.



II. Kommentierung einzelner Regelungen

A. § 65a SGB V-neu Bonus HZV

Die Neuregelung in § 65a SGB V - neu zum Bonus von mindestens 30 Euro für Patienten, die an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen, ist grundsätzlich zu begrüßen und lediglich geringfügig anzupassen. Damit soll die hausarztzentrierte Versorgung gestärkt werden. Dies begrüßen wir ausdrücklich.

Insofern sollte die Bonusregelung für die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung in einem gesonderten Absatz geregelt werden. Die in Absatz 1 genannte Formulierung "unter welchen Voraussetzungen" ist für einen verpflichtenden Bonus für die an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten nicht geeignet, allen Versicherten einen Anspruch auf einen Bonus zu verschaffen. Bei der im Referentenentwurf enthaltenen Regelung in Absatz 1 sehen wir das Risiko, dass über die jetzige Formulierung in Absatz 1 der Kreis der anspruchsberechtigten Versicherten zu stark eingeschränkt wird.

Ferner sollte den Krankenkassen, die bereits heute einen Bonus über die Regelung in § 53 Abs.3 SGB V gewähren, die Möglichkeit eröffnet werden, diese Bonusleistungen auch zukünftig fortzusetzen. Aus diesem Grund schlagen wir vor, dass der zukünftig in § 65a SGB V zu regelnde Bonus wahlweise in Gestalt einer Prämienzahlung von mindestens 30 Euro oder als Zuzahlungsermäßigung gewährt werden kann. Für die Gewährung einer Zuzahlungsermäßigung ist dabei an die Regelungen in § 53 Absatz 3 Sätzen 3 und 4 SGB V anzuknüpfen. Die Wahlmöglichkeit gilt auch für Krankenkassen, die bisher noch keinen Bonus (auf der Grundlage von § 53 Absatz 3 SGB V) gewährt haben. Im Übrigen sind die Regelungen zum Nachweis von Einsparungen und Effizienzsteigerungen in § 65a Absatz 3 SGB V - neu so auszugestalten, dass diese für den Bonus für die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung frühestens 3 Jahre nach Verkündung des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in Kommune gelten. Eine - rückwirkende - Wirtschaftlichkeitsbetrachtung zum Zeitpunkt der Verkündung des Gesetzes würde dem Gedanken einer Neuregelung in § 65a SGB V (Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten) und der Stärkung der hausarztzentrierten Versorgung nicht gerecht werden.

Nach Möglichkeit regen wir an, zu prüfen, ob und inwiefern Regelungen geschaffen werden können, nach denen eine große Zahl an HZV-Versicherten auch einen Vorteil für die Krankenkassen (z. B. bei der Zuweisung und/oder Verteilung von Finanzmitteln) bringt.

B. § 87 Abs. 2 SGB V-neu jahresbezogene Versorgungspauschale für die Versorgung chronisch Kranker und Vorhaltepauschale

a. § 87 Abs. 2b Sätze 5 ff. SGB V-neu jahresbezogene Versorgungspauschale für die Versorgung chronisch kranker Patientinnen und Patienten

Der Bewertungsausschuss wird mit der Neuregelung in § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V-neu beauftragt, eine einmal jährlich abrechnungsfähige Versorgungspauschale zu beschließen, die bei der Behandlung einer Patientin/eines Patienten, bei der/dem mindestens eine lang andauernde, lebensverändernde Erkrankung vorliegt, die einer kontinuierlichen Versorgung mit einem bestimmten Arzneimittel bedarf, abzurechnen ist.



Das damit verfolgte Ziel, die Entlastung der Hausarztpraxen sowie chronisch erkrankter Patientinnen und Patienten, die keiner engmaschigen medizinischen Versorgung bedürfen, wird grundsätzlich befürwortet. Die Versorgungspauschale ist an sich – vorbehaltlich einer weitergehenden Umsetzung im Bewertungsausschuss bezogen auf ihre konkreten Voraussetzungen, Abstufungen, Konkurrenzen, Ausschlüsse und Vergütungshöhen – zu begrüßen.

Gleichwohl wird es aufgrund der sehr komplexen Regelungssystematik zur vertragsärztlichen Vergütung (vgl. §§ 87, 87a SGB V) umfassender Umstellungen (z. B. vom bisherigen Arzt-Patienten-Kontakt hin zum Praxis-Patienten-Kontakt) und Konkretisierungen bedürfen. Die Versorgungspauschale ist nach § 87 Abs. 2b Satz 6 SGB V-neu je Versicherten einmal innerhalb von vier aufeinanderfolgenden Kalendervierteljahren durch eine Arztpraxis abrechnungsfähig, unabhängig von der Anzahl und Art weiterer Kontakte des Versicherten in der Arztpraxis. Der Bewertungsausschuss kann die Höhe der Versorgungspauschale zur Abbildung des Behandlungsbedarfs nach § 87 Abs. 2b Satz 7 SGB V-neu in Stufen beschließen.

Von zentraler Bedeutung ist insbesondere, dass nicht alle chronisch erkrankten Patientinnen und Patienten gleichbehandelt werden sollten und klar definiert werden muss, was unter einem „leichten Chroniker“ zu verstehen ist (z. B. ohne intensiven Betreuungsbedarf, vgl. hierzu auch in Abgrenzung die Definition „schwerwiegende chronische Erkrankung“ in der „Chroniker-Richtlinie“ des G-BA zur Umsetzung der Regelung in § 62 SGB V). Hier besteht noch Nachbesserungsbedarf. Über eine Kombination von zu definierenden Diagnosen (z. B. Diagnoselisten) und ggf. verordneten Arzneimitteln durch den Bewertungsausschuss kann gegebenenfalls die Gruppe klarer abgegrenzt werden. Ggf. muss die abschließende Entscheidung zum Einschluss oder Ausschluss von Patientinnen und Patienten in die Jahrespauschale auch in der hausärztlichen Praxis erfolgen, die die regionalen Versorgungsstrukturen und die patientenindividuellen Merkmale (z. B. Begleiterkrankungen oder psychosoziale Umstände) ebenso wie die Möglichkeiten der Delegation auf nichtärztliches entsprechend qualifiziertes Praxispersonal besser bewerten kann. Unbenommen von der Möglichkeit der Jahrespauschale wird es auch weiterhin diejenigen Patientinnen/Patienten geben, die einer engmaschigen klinischen Begleitung bedürfen und die daher regelmäßig in die Hausarztpraxen kommen müssen. Für deren aufwändige Behandlung müssen die Hausärztinnen und Hausärzte adäquat vergütet werden. Da die neue jahresbezogene Versorgungspauschale zukünftig an die Stelle der bisherigen quartalsabhängigen Chroniker- und Versichertenpauschale nebst Zuschlägen treten soll (vgl. S. 43 der Begründung des Referentenentwurfs), muss sichergestellt werden, dass dies nicht zu einer Verschlechterung der Vergütung aufwändiger Behandlungen führt. Für diejenigen Patientinnen/Patienten, die einer aufwändigen, engmaschigen klinischen Begleitung bedürfen und daher regelmäßig in die Hausarztpraxen kommen (also für intensive Versorgung mit hohem Betreuungsbedarf), muss weiterhin die quartalsabhängige Chroniker- und Versichertenpauschale nebst Zuschlägen abrechenbar sein.

Zudem muss für Patientinnen/Patienten, deren gesundheitlicher Zustand sich im Laufe eines Jahres so verändert, dass eine intensive Betreuung erforderlich wird, ein Weg zurück zur Quartalspauschale sichergestellt werden.



Losgelöst davon ist positiv zu bewerten, dass der Bewertungsausschuss bei Vorliegen wichtiger Gründe Ausnahmen von der Abrechenbarkeit und Zahlung der Versorgungspauschale an nur eine Arztpraxis je Patientin/Patient vorsehen kann. Derartige Ausnahmetatbestände können insbesondere durch den Umzug der Patientin/des Patienten oder der Praxisschließung der/des bisher behandelnden Ärztin/Arztes begründet sein. Nicht in allen Fällen haben die erforderlichen Arzt-/Praxis-Patienten-Kontakte in derselben Praxis stattgefunden (z. B. Arztwechsel). Um in diesen Fällen eine eventuelle ungerechtfertigte Streichung der Pauschale zu vermeiden, sollte die Versorgungspauschale (wie bisher bei den Chronikerpauschalen GOP 03220-03222 bzw. GOP 04220-04222 EBM in einigen KV-Bezirken) mit einem Zusatz/Kennzeichen im Quartal der Übernahme versehen werden.

Darüber hinaus ist bei Patientinnen und Patienten, die im Laufe eines Jahres mehrere Ärztinnen/Ärzte in Anspruch nehmen, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich zugeordnet sind, gegebenenfalls eine dahingehende Differenzierung erforderlich, ob es sich um eine umfängliche Versorgung durch eine hausärztliche Praxis handelt oder ob hier gegebenenfalls eine mitversorgende spezielle Versorgung geleistet wird (z. B. Akupunktur, Schmerzmedizin, Diabetologie, Substitution). Gegebenenfalls ist hier auch eine Kennzeichnung durch die Praxen sinnvoll.

Insgesamt ist eine angemessene Bewertung der jahresbezogenen Versorgungspauschale sicherzustellen, da trotz der möglichen Reduktion von nicht medizinisch notwendigen Arzt-Patienten-Kontakten weiterhin entsprechende Aufwände in den hausärztlichen Praxen bestehen (z. B. Kontrollanrufe o. ä.). Eine niedrige Bewertung der Jahrespauschale würde ansonsten wieder ökonomische Anreize für zusätzliche Arzt-Patienten-Kontakte setzen, die mit den vorgeschlagenen Regelungen ja gerade vermieden werden sollen und die angesichts der knapper werdenden ärztlichen Ressourcen zu einer weiteren Verschlechterung der Versorgungslage führen können.

Alternativ zur Einführung einer Jahrespauschale könnte z. B. eine Reduktion medizinisch nicht notwendiger Arzt-Patienten-Kontakte auch durch eine gesetzliche Einführung eines sogenannten "Praxis-Patienten-Kontakts" - anstatt des bisher üblichen Arzt-Patienten-Kontakts - als Voraussetzung für die Abrechnung einer Versichertenpauschale erreicht werden. Denkbar ist in diesen Zusammenhang auch eine Kombination aus Jahrespauschale und Praxis-Patienten-Kontakt, bei der für bestimmte Patientinnen und Patienten (leichte, wenig aufwändige Chroniker) eine quartalsbezogene Versichertenpauschale bereits durch einen weit gefassten Praxis-Patienten-Kontakt ausgelöst werden kann.

b. § 87 Abs. 2n SGB V-neu Vorhaltepauschale

Der Bewertungsausschuss wird mit der Neuregelung in § 87 Abs. 2n Satz 1 SGB V-neu beauftragt, eine Vergütung zur Vorhaltung der zur Erfüllung von Aufgaben der hausärztlichen Grundversorgung notwendigen Strukturen (Vorhaltepauschale) zu beschließen, und legt zugleich Kriterien fest, die die Vertragsärztinnen/-ärzte für die Abrechenbarkeit dieser Pauschale erfüllen müssen.

Die mit der Vorhaltepauschale verfolgte Zielsetzung, dass diejenigen Praxen, die wesentliche Aufgaben der hausärztlichen Grundversorgung leisten, sinnvoll gestärkt werden sollen, ist positiv zu bewerten.



Die Vorhaltepauschale ist an sich – vorbehaltlich einer weitergehenden Umsetzung im Bewertungsausschuss bezogen auf ihre Voraussetzungen/Kriterien, Abstufungen, Konkurrenzen/Ausschlüsse und Vergütungshöhen – im Ansatz zu begrüßen.

Zu den vom Bewertungsausschuss festzulegenden Kriterien sollen nach § 87 Abs. 2n Satz 3 SGB V-neu und – unter Berücksichtigung der Begründung des Referentenentwurfs – insbesondere folgende Anforderungen gehören: eine Mindestanzahl von zu versorgenden Patienten je Arzt und je Quartal, die 450 Versicherte nicht unterschreiten soll, die bedarfsorientierte Erbringung von Haus- und Pflegeheimbesuchen, die bei Versicherten über 75 Jahre regelmäßige aufsuchende Behandlungen umfassen sollen, sowie bedarfsgerechte Praxisöffnungszeiten (Abendsprechstunden und Samstagssprechstunden sind in diesem Zusammenhang in der Begründung angesprochen und könnten bei einer Staffelung der Vergütung Berücksichtigung finden). Weitere Kriterien sollen sein: das Erbringen von Leistungen, die zum Kern des hausärztlichen Fachgebietes gehören (z. B. Versorgung von geriatrischen Patienten, palliativmedizinische Versorgung), die regelhafte Pflege der elektronischen Patientenakte und die regelmäßige Aktualisierung des elektronischen Medikationsplans.

Der Bewertungsausschuss kann nach § 87 Abs. 2n Satz 2 SGB V-neu die Höhe der Vorhaltepauschale in Abhängigkeit der Anzahl der vorliegenden Kriterien in Stufen beschließen.

Für Patientinnen/Patienten, bei denen die Voraussetzungen nach § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V-neu vorliegen, ist die Vorhaltepauschale als eine einmal jährlich abzurechnende Pauschale zu beschließen. In diesem Zusammenhang verweisen wir auf unsere Ausführungen unter II. B. a).

Für andere Patientinnen/Patienten sind im Gesetz (oder in Zusammenhang mit der Gesetzesbegründung) keine Vorgaben bezogen auf die Abrechnungsfrequenzen enthalten, so dass dem Bewertungsausschuss diesbezüglich ein weiterer Gestaltungsspielraum eingeräumt werden soll, was – vorbehaltlich der weiteren Umsetzung – grundsätzlich zu begrüßen ist.

Trotz der grundsätzlich positiv zu bewertenden Vorhaltepauschale bedarf es bei deren Umsetzung im Bewertungsausschuss besonderer Sorgfalt. Die Kriterien für die Abrechnung der Vorhaltepauschale müssen insbesondere so gefasst sein, dass Praxen, die bereits heute einen hausärztlichen Versorgungsauftrag erfüllen, diesen Kriterien auch zukünftig einfach gerecht werden können. Neue Versorgungsangebote, die über das heute übliche Maß an Versorgung hinaus gehen, müssen durch zusätzliches Geld angemessen vergütet werden. Der aktuelle Referentenentwurf stellt teilweise kaum erfüllbare Kriterien auf, auf deren Grundlage eine gestaffelte, pauschale Vergütung der Praxisstrukturen erfolgen soll, und verlangt von Hausarztpraxen insbesondere unter Berücksichtigung der Gesetzesbegründung eine „Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit“ - z. B. über Samstag- oder Abendsprechstunden -, was nicht flächendeckend umsetzbar ist und gestrichen werden sollte. Dies umso mehr, da besonders hohe Anforderungen die Attraktivität des hausärztlichen Versorgungsbereichs mindern, anstatt sie zu steigern, sodass mit weniger jungen Hausärztinnen und Hausärzten und früheren Beendigungen von bestehenden hausärztlichen Praxen zu rechnen wäre. Erfüllen die Vertragsärztinnen/-ärzte die Kriterien nicht, ist laut Referentenentwurf eine Abrechenbarkeit dieser Pauschale (oder einer



vergleichbaren Pauschale im EBM, wie der Leistungsziffer 03040, die der Vorhaltung notwendiger Strukturen dient) ausgeschlossen. Die Kriterien müssen sachlich nachvollziehbar bleiben und auch berücksichtigen, dass bei der Vorhaltepauschale eine "Vergütung zur Vorhaltung der zur Erfüllung von Aufgaben der hausärztlichen Grundversorgung notwendigen Strukturen" gewährt werden soll, die sich auf die Versorgung "aller Versicherten der GKV" bezieht. Überhöhte Anforderungen, wie sie beispielsweise in der Gesetzesbegründung ausgeführt werden, sind hierfür nicht geeignet.

Zwingend erforderlich in diesem Zusammenhang ist es ebenfalls gesetzlich klarzustellen, dass bei der Prüfung aller noch festzulegenden Kriterien (Mindestanzahl Patienten, Anzahl Hausbesuche, Anzahl technischer Leistungen etc.) auch HZV-Patienten zu berücksichtigen sind. Andernfalls würde die Prüfung insbesondere in Regionen mit vielen Versicherten, die sich für eine Teilnahme an der HZV entschieden haben, völlig verzerrte Ergebnisse liefern und ggf. falsche Vergütungsanreize setzen.

Anstelle einer Liste an Kriterien, mit deren Erfüllung jedes einzelnen Kriteriums die Höhe der Vorhaltepauschale immer weiter ansteigt, sind z. B. Stufenmodelle vorstellbar (z. B. „Basis“ erfüllt 5 von 12 Kriterien, „Fortgeschritten“ erfüllt 8 von 12 Kriterien und „Umfassend“ erfüllt 10 von 12 Kriterien etc.). Diese sind praktikabler und praxisnäher und geben den Praxen die notwendige Flexibilität und den Gestaltungsspielraum bei der Erfüllung der Kriterien.

Zudem sollte es anders als im Referentenentwurf formuliert in der Entscheidungshoheit des Bewertungsausschusses liegen, ob und inwieweit die Vorhaltepauschale die bestehende GOP 03040 ersetzt oder ergänzt.

Ferner ist nicht nachvollziehbar, weshalb bei der Vorhaltepauschale, bei der eine "Vergütung zur Vorhaltung der zur Erfüllung von Aufgaben der hausärztlichen Grundversorgung notwendigen Strukturen" gewährt werden soll, im Gesetzeswortlaut auf "Vertragsärztinnen/-ärzte" abgestellt wird und nicht auf die "Arztpraxis" insgesamt. Hier ist der "Praxisbezug" bzw. der "Praxis-Patienten-Kontakt" näher liegend, der beim vorliegenden Referentenentwurf bei der jahresbezogenen Versorgungspauschale für die Versorgung chronisch kranker Patientinnen und Patienten richtigerweise bereits gewählt wurde. Hier erscheint auch bei der Vorhaltepauschale eine entsprechende Anpassung sinnvoll.

Losgelöst davon ist auch die Neuregelung in § 87 Abs. 2n Satz 5 SGB V-neu im Ansatz zu begrüßen, wonach freiwerdende Finanzmittel aufgrund der in § 87 Abs. 2n Satz 1 SGB V-neu genannten Regelung für vom Bewertungsausschuss zu beschließende Zuschläge auf besonders förderwürdige Leistungen im hausärztlichen Versorgungsbereich verwendet werden. Da diese Zuschläge aber wiederum nur durch Vertragsärztinnen/-ärzte berechnungsfähig sein sollen, die die Kriterien nach § 87 Abs. 2n Satz 1 SGB V-neu erfüllen, und § 87 Abs. 2n Satz 2 SGB V-neu entsprechend Anwendung findet, sollten auch hier erfüllbare Kriterien festgelegt werden, damit die Zielsetzung der Vorhaltepauschale nicht ausgehöhlt wird bzw. ins Leere läuft.



C. § 87a Abs. 3c i. V. m. § 87b Abs. 1 Satz 3 2. Halbsatz SGB V - neu Entbudgetierung - Wegfall der mengenbegrenzenden und honorarmindernden Regelungen bei der Honorarverteilung

Die Neuregelung in § 87a Abs. 3c i. V. m. § 87b Abs. 1 Satz 3 2. Halbsatz SGB V-neu, die sich weitestgehend mit unseren Forderungen zur Umsetzung einer sog. Entbudgetierung (MGVplus) deckt, ist sehr zu begrüßen und nur marginal anpassungsbedürftig.

Mit der Neuregelung in § 87a Abs. 3c Satz 1 SGB V-neu sind die in § 87b Abs. 1 Satz 3 zweiter Halbsatz SGB V-neu genannten und, nach sachlicher und rechnerischer Prüfung anerkannten, abgerechneten Leistungen der hausärztlichen Versorgung (hausärztlicher Leistungsbedarf) von den Krankenkassen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Abs. 2 Satz 5 vollständig zu vergüten. Nach § 87a Abs. 3c Satz 2 SGB V-neu wird abweichend von § 85 Abs. 1 und abweichend von Abs. 3 Satz 1 die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung hinsichtlich der in § 87b Abs. 1 Satz 3 zweiter Halbsatz SGB V-neu genannten Leistungen der hausärztlichen Versorgung nicht mit befreiender Wirkung gezahlt. Unter Berücksichtigung der Gesetzesbegründung werden also die Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung (Kapitel 3 des EBM einschließlich der hausärztlich durchgeführten Hausbesuche, die nach dem Kapitel 1.4 des EBM abrechenbar sind) künftig von mengenbegrenzenden oder honorarmindernden Maßnahmen bei der Verteilung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) ausgenommen (sog. Entbudgetierung). Die Verteilung und Auszahlung der Vergütung einschließlich der Zuschläge erfolgen weiterhin im Rahmen der Honorarverteilung gem. § 87b Abs. 1 SGB V. Bereits im Rahmen der Honorarverteilung vereinbarte Strukturzuschläge werden also Bestandteil der MGV und gehen damit nicht verloren, was zu befürworten ist.

Nach § 87a Abs. 3c Satz 3 SGB V-neu wird den Gesamtvertragspartnern aufgegeben, über Honorarzuschläge zur Förderung der hausärztlichen Versorgung zu "verhandeln", soweit bezogen auf den gesamten Zeitraum von vier aufeinanderfolgenden Kalendervierteljahren der hausärztliche Leistungsbedarf die festgesetzte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung hinsichtlich der in § 87b Abs. 1 Satz 3 zweiter Halbsatz SGB V-neu genannten Leistungen der hausärztlichen Versorgung (Hausarzt-MGV) nicht ausschöpft (bzw. unterschreitet). Die Summe der vereinbarten Honorarzuschläge darf das nicht ausgeschöpfte Hausarzt-MGV-Volumen danach nicht überschreiten.

Zur Vermeidung von Rechtsunsicherheiten sollte bezogen auf die Zuschläge eine klarstellende Formulierung verwendet werden, dass die Vertragspartner die Zuschläge "vereinbaren" (statt lediglich "verhandeln"). Zudem wäre die Zahlung der Zuschläge erst "nachträglich, nach vier Quartalen" möglich. Diesbezüglich sollte eine kontinuierliche Zahlung "pro Quartal" ermöglicht werden.

Durch die Regelungen nach § 87a Abs. 3c Sätze 4 bis 6, 9 und 10 wird abweichend vom Abs. 3b vorgegeben, wie die Koppelung der Hausarzt-MGV im Hinblick auf deren erstmalige Festsetzung und Fortschreibung an das Aufsatzwerteverfahren erfolgt. Dazu wird nach dem aktuellen Referentenentwurf der Anteil der Hausarzt-MGV-Honorare an den MGV-Honoraren "aller Ärztinnen und Ärzte" berechnet, was nicht nachvollziehbar ist und angepasst werden sollte. Im Einzelnen wird derzeit in § 87a Abs. 3c Satz 4 SGB V-neu vorgesehen, dass für die erstmalige Festsetzung der auf die in § 87b Abs. 1 Satz 3 zweiter Halbsatz SGB V-neu genannten Leistungen der hausärztlichen Versorgung entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung im Bezirk einer KV 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 (erst im zweiten Schritt) mit dem nach Abs. 3 Satz 2 für das jeweilige Quartal vereinbarten und bereinigten Behandlungsbedarf zu multiplizieren ist.

Da – wie bereits ausgeführt – die Regelungen in § 87a Abs. 3 S. 4 SGB V-neu derzeit vorsehen, dass der Anteil der Hausarzt-MGV-Honorare fälschlicherweise an den MGVB-Honoraren “aller Ärztinnen und Ärzte” berechnet werden sollte und demnach die erstmalige Festsetzung der Hausarzt-MGV durch einen sachlich falschen Vergleich unterschiedlicher Honorarsummen erfolgt, muss hier noch nachgebessert werden:

Angemessener wäre es, wenn das Honorarvolumen anhand des für den hausärztlichen Leistungsbedarf innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung im jeweiligen Vorjahresquartal gemäß des Verteilungsmaßstabes ausgezahlten Honorars bestimmt wird. Dieses Honorar sollte dann um die insgesamt vereinbarte Veränderung des Behandlungsbedarfs nach Abs. 4 Satz 1 Nrn. 1 bis 5 für das jeweilige Quartal dynamisch angepasst werden. Denn nicht nur die Verteilung (§ 87 Abs. 2a SGB V), sondern auch die vorgelagerte Bildung/Festlegung und Anpassung der Honorarvolumen erfolgen für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung getrennt (vgl. § 87b Abs. 4 SGB V). Nach § 87b Abs. 4 SGB V hat die KBV Vorgaben zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche Versorgung einerseits und fachärztliche Versorgung andererseits im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband zu bestimmen.

Ein weiteres Argument für die Heranziehung des Hausarzt-MGV-Honorars des Vorjahresquartals ist, dass ansonsten vorwegabzugsfähige Honoraranteile im Hausarzt-MGV-Honorarvolumen keine Berücksichtigung finden würden. Vorwegabzüge sind z. B. Rückstellungen für Neuärztinnen/-ärzte, restliche belegärztliche Leistungen, beim Labor allgemeine und spezielle Untersuchungen bei hausärztlicher Veranlassung über Muster 10 A oder eigenerbracht, Zuschläge beim NäPa-Fall, Zuschläge sind ambulante Praxisklin. Betreuungsleistungen, psychiatrische Gespräche, subkutane Immuntherapie, hausärztlich-geriatrische Betreuung, Betreuung lebensverändernder chronischer Erkrankungen, U3-Untersuchung. Das Honorarvolumen der hausärztlichen Versorgung wird nach dem aktuellen Referentenentwurf ungerechtfertigt zu groß, da – erst in einem zweiten Schritt – das prozentuale Verhältnis zum Hausarzt-MGV-Honorar angewendet wird, indem eine “Multiplikation mit dem für das jeweilige Quartal vereinbarten und bereinigten Behandlungsbedarf” erfolgt.

Darüber hinaus sollte angesichts des langen Zeitraums zwischen Vereinbarung der Entbudgetierung im Koalitionsvertrag und der geplanten Umsetzung im Gesetzesentwurf das Datum des Inkrafttretens der Regelungen zur Entbudgetierung vorgezogen werden.



D. § 96 Abs. 2a SGB V-neu Beteiligung der Länder in den Zulassungsausschüssen

Nach § 96 Abs. 2a Satz 3 SGB V-neu wird vorgesehen, dass die in Satz 1 genannten Entscheidungen des Zulassungsausschusses für Ärzte im Einvernehmen mit der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörde zu treffen sind. Das Einvernehmen gilt als erteilt, wenn die für die Sozialversicherung zuständige oberste Landesbehörde bei der Beschlussfassung keine entgegenstehende Erklärung abgibt.

Danach soll das bisherige Mitberatungsrecht zugunsten der zuständigen obersten Landesbehörden in Verfahren der Zulassungsausschüsse nach § 96 Abs. 2a Satz 1 SGB V um ein Mitentscheidungsrecht ergänzt werden. Insbesondere aus Gründen der Versorgungssicherheit ist die Neuregelung abzulehnen, da dieser zusätzliche Verfahrensschritt die Effektivität der Verfahrensbearbeitung und den zeitnahen Vollzug der Versorgungsentscheidungen der Zulassungsausschüsse erheblich beeinträchtigen würde. Der bürokratische Abstimmungs- und Umsetzungsaufwand würde zu groß. Nicht nachvollziehbar ist überdies auf welcher Grundlage die obersten Landesbehörden bei diesen Entscheidungen, die zwischen den Vertretungen der Kostenträger und der Leistungserbringenden getroffen werden, hier ein Mitentscheidungsrecht einfordern. Die Grundlagen der Autonomie der gemeinsamen Selbstverwaltung werden an dieser Stelle konterkariert.

E. § 106b Abs. 2 SGB V-neu Bagatellgrenze bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen

Die Neuregelung in § 106b Abs. 2 Satz 2 SGB V-neu ist als weitere Entlastungsmaßnahme positiv zu bewerten, wonach in den einheitlichen Rahmenvorgaben für die Wirtschaftlichkeitsprüfungen insbesondere festzulegen ist, dass bis zu einem Betrag von 300 Euro je Betriebsstättennummer, Krankenkasse und Quartal Wirtschaftlichkeitsprüfungen nicht beantragt werden sollen. Bisher war dies freiwillig möglich und soll nun verpflichtend umgesetzt werden.

Ihre Ansprechpartner

Bundesvorsitzende: markus.beier@haev.de, nicola.buhlinger-goepfarth@haev.de

☎ 030 88 71 43 73-30

Hauptgeschäftsführer und Justiziar: joachim.schuetz@haev.de

☎ 02203 97 788-03

Geschäftsführer: sebastian.john@haev.de

☎ 030 88 71 43 73-34

Hausärztinnen- und Hausärzterverband e. V.

Edmund-Rumpler-Straße 2 · 51149 Köln

🌐 www.haev.de