

Alles Gute.

Kassenärztliche Bundesvereinigung &gt; Herbert-Lewin-Platz 2 &gt; 10623 Berlin

Herrn Bundesminister  
Prof. Dr. Karl Lauterbach, MdB  
Bundesministerium für Gesundheit  
Mauerstraße 29  
10117 Berlin

- per E-Mail -

Herbert-Lewin-Platz 2  
10623 Berlin  
Postfach 12 02 64  
10592 Berlin  
www.kbv.de

## **Bekannt gewordener Referentenentwurf des BMG für ein Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG)**

Vorstand  
Dr. Andreas Gassen  
Dr. Stephan Hofmeister  
Dr. Sibylle Steiner

Sehr geehrter Herr Bundesminister,

Tel.: 030 4005-1001 +1007 +1004

die Kassenärztliche Bundesvereinigung ist besorgt über einige Regelungen des Referentenentwurfes zu o. g. Gesetz, Bearbeitungsstand 21. März 2024, 10:43 Uhr. Wir begrüßen die dort angelegte Entbudgetierung der hausärztlichen Vergütung grundsätzlich und halten die schnellstmögliche Einführung für unabdingbar. Sollten sich weitere Änderungen bei genauer Betrachtung als zu komplex zur sofortigen Einführung erweisen, sollten diese im Verfahren abgetrennt und mit aller gebotenen Sorgfalt entwickelt werden. In keinem Fall gibt es einen Grund, dass diese die Endbudgetierung verzögern oder gar aufhalten sollten.

Dr. Ga, Dr. Ho, Dr. St  
8. April 2024

Frühzeitig möchten wir Ihnen hier die Sorgen und Bedenken bezüglich der teils erheblichen Umverteilungseffekte innerhalb der hausärztlichen Versorgung durch die neuen Pauschalen mitteilen, die eine Stärkung der flächendeckenden hausärztlichen Versorgung konterkarieren würden. Für eine solche Umverteilung sehen wir im hausärztlichen Bereich keine Spielräume. Gebraucht werden jede Praxis und jedes Praxisteam.

Insofern möchten wir auf folgende Punkte hinweisen:

1. Zu der im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) vorgesehenen Versorgungspauschale im hausärztlichen Versorgungsbereich, die einmal jährlich von nur einer Arztpraxis abrechnungsfähig sein soll, ist zu bemerken, dass derzeit durchschnittlich ca. 35 Prozent der gesetzlich versicherten chronisch erkrankten Patienten mehr als einen Hausarzt in Anspruch nehmen, der die Versichertenpauschale berechnet. Es ist somit keine seltene Ausnahme, wie es der bekannt gewordene Referentenentwurf suggeriert, dass die hausärztliche Versorgung

durch mehrere Ärzte erfolgt. Insoweit trifft die Regelung auf die Herausforderung, dass eine jahresbezogene Vergütung der behandelnden Hausärzte entweder bei diesen Patienten doppelt zu vergüten ist oder eine ggf. jahrelange Unsicherheit bei den behandelnden Hausärzten besteht aufgrund möglicher finanzieller Rückforderungen der Krankenkassen in Prüfverfahren nach § 106d SGB V. Hiervon wären nach unseren Auswertungen praktisch alle hausärztlich tätigen Praxen betroffen. Beide Optionen stellen gleichsam die Quadratur des Kreises dar, die auch der Bewertungsausschuss nicht lösen kann. Diese Problematik existiert bereits bei anderen Leistungen im EBM, die nur durch einen Vertragsarzt einmalig im Quartal oder im Leben berechnet werden dürfen. Beispielhaft ist die seit Jahren zu Abrechnungskorrekturen führende Doppelabrechnung der Mutterschaftsvorsorge (Gebührenordnungsposition 01770) durch zwei Gynäkologen im selben Quartal zu nennen, wenn diese von der doppelten Inanspruchnahme seitens der Patientin keine Kenntnis haben. Darüber hinaus möchten wir darauf hinweisen, dass die geplante Regelung dazu führen könnte, dass eine Steuerung von schwereren chronischen Erkrankungen hin zu weniger betreuungsintensiven Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen erfolgt, was dem offenbar angestrebten Zweck der Regelung zuwiderlaufen würde. Wir schlagen deshalb, wie im Gespräch mit Ihnen schon besprochen, ein tarifliches Einschreibemodell für die Jahresbindung chronisch kranker Patienten vor. Dies würde den Einstieg in eine echte Steuerung erlauben und sicherstellen, dass geeignete Patienten mit der nötigen Compliance adressiert werden können.

- Die vorgesehene Vorhaltepauschale soll an Kriterien gebunden werden, die nur von einem Teil der an der Versorgung teilnehmenden Hausärzte erfüllt werden können. Damit ist ein relevanter Teil der hausärztlichen Praxen von Umsatzeinbußen betroffen, die nicht aufgefangen werden können und folglich das Angebot an hausärztlicher Versorgung bundesweit weiter verknappen wird. Zur Veranschaulichung der signifikanten Umverteilungseffekte haben wir entsprechende Berechnungen beigefügt, aus denen sich – je nach konkreter Ausgestaltung – durchschnittliche Verluste von über 80.000 Euro im Jahr für einen erheblichen Teil der Praxen ergeben. Aus Sicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung werden die Patienten, die bisher von den Praxen versorgt werden, die von den Umsatzeinbußen betroffen sein werden, nicht von den Praxen behandelt werden können, die die Kriterien erfüllen, da diese schon jetzt maximal ausgelastet sind. Insoweit konterkariert auch die vorgesehene Einführung einer Vorhaltepauschale in der dargestellten Form die im Gesetzentwurf genannte Zielstellung, die hausärztliche Versorgung zu stärken. Insofern legen die uns vorliegenden Zahlen insbesondere auch zu strukturellen Unterschieden in den Regionen die Frage nahe, ob ein solches Instrument sinnvoll auf der Bundesebene verortet sein sollte oder ob hier nicht eher eine regionale Verankerung angezeigt sein würde, die auf Versorgungsunterschiede eingehen könnte.
- Zudem möchten wir zwei Punkte bezogen auf den Vorschlag zur Entbudgetierung der Hausärzte benennen, die aus unserer Sicht dringend zu korrigieren sind:

Die Bereitstellung der Finanzmittel aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) für die hausärztliche Versorgung auf Basis des prozentualen Honoraranteils der Hausärzte in Bezug auf die MGV übersieht, dass aus der MGV Finanzmittel für gesetzliche Aufgaben (z. B. Strukturfonds nach § 105 SGB V) entnommen werden müssen. Diese werden nach derzeitigem Referentenentwurf der hausärztlichen MGV zugeführt und müssen daher aus anderen Bereichen und ggf. von anderen Arztgruppen bereitgestellt werden, damit die Kassenärztliche Vereinigung ihren gesetzlichen Aufgaben nachkommen kann. Dies entspricht nicht der in der Gesetzesbegründung dargestellten Intention, dass andere Arztgruppen nicht betroffen sein sollen, und kann im Extremfall die Trennung der Vergütung in

einen hausärztlichen und fachärztlichen Teil überschreiben, sodass Fachärzte für Hausärzte zahlen müssten. Dies ist zwingend durch eine Umstellung des Aufsatzwertes auf das hausärztliche Honorarvolumen des Vorjahresquartals, gesteigert um die Veränderung des Behandlungsbedarfs, zu korrigieren.

Für die Nachschusspflicht zur hausärztlichen MGV durch die Krankenkassen ist nach dem bekannt gewordenen Referentenentwurf eine Bedingung vorgesehen, die auch die Finanzmittel zur Förderung durch Zuschläge (nach § 87a Absatz 3c Satz 7 SGB V) miteinbezieht. Ziel dieser Förderzuschläge ist es, den Hausärzten die bisher zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung ausgeschütteten Fördergelder auch in Zukunft bereitzustellen. Daher können diese Finanzmittel nicht bei der Bestimmung der Nachzahlungen gegengerechnet werden und sind aus der Bedingung herauszunehmen. Die Einbeziehung der Förderzuschläge entspricht nicht der Vorgehensweise bei der Entbudgetierung der Kinderärzte und zerstört das hier gewählte Konstrukt der Entbudgetierung.

Der Vorstand der KBV sowie die Fachebene stehen gerne zum Dialog mit Ihnen und der Fachebene Ihres Hauses bereit. Details zu den potenziellen Auswirkungen haben wir in den beigefügten Anlagen aufgeführt.

Mit freundlichen Grüßen

Die Vorstände  
der Kassenärztlichen Vereinigungen  
und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Anlage



## Verteilung der Anzahl der Patienten mit Abrechnung der Chronikerpauschale

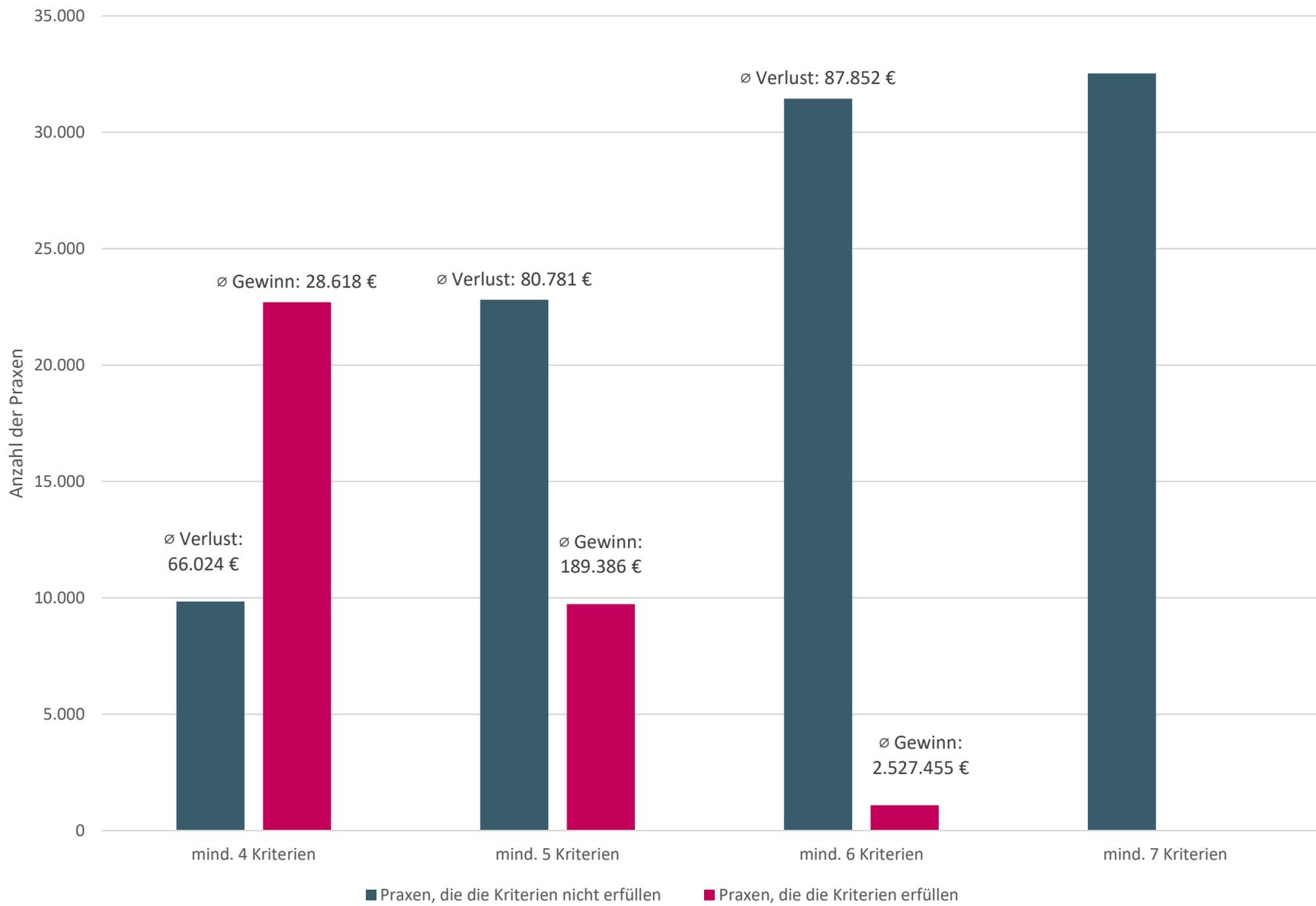
	Praxen mit Abrechnung einer hausärztlichen Versichertenpauschale					Gesamt
	genau 1	genau 2	genau 3	genau 4	mindestens 5	
Anzahl Patienten in Mio.	20,9	8,4	2,1	0,4	0,1	32,0
Anteil an allen Patienten	65%	26%	7%	1%	0%	100%

Lesebeispiel: Bei 8,4 Mio. Patienten, bei denen die Chronikerpauschale im Jahr 2022 abgerechnet wurde, wurde auch in einer anderen Hausarztpraxis die Versichertenpauschale abgerechnet.

Bei rund 35% bzw. 11 Mio. Patienten kommt es zu einer Mehrfachinanspruchnahme.

Quelle: Abrechnungsstatistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für das Jahr 2022

sim. Auswirkungen der Einführung der Vorhaltepauschale auf hausärztliche Praxen





simulierte Auswirkungen der Einführung der Vorhaltepauschale auf hausärztliche Praxen

Tabelle 1: Status quo - Ausgangsgrößen

	Anzahl der Praxen	GOP 03040		
		Leistungshäufigkeit in Mio.	Bewertung	rechnerisches Volumen in Mio.
Praxen, die in jedem der 4 Quartale des Jahres 2022 die GOP 03040 mind. einmal abgerechnet haben	32.538	176,4	16,47 €	2.904,80

Tabelle 2: Auswirkungen bei Anwendungen der Kriterien (ausgabenneutraler Ansatz)

Kriterium	Operationalisierung ****	Praxen, die das Kriterium erfüllen				Praxen, die das Kriterium nicht erfüllen				rechnerische Bewertung GOP 03040*
		Anzahl Praxen	Anteil an allen Praxen	Gewinn je Praxis**	Leistungshäufigkeit GOP 03040 in Mio.	Anzahl der Praxen	Anteil an allen Praxen	Verlust je Praxis***	Leistungshäufigkeit GOP 03040 in Mio.	
bedarfsgerechte Versorgung mit Haus- und Pflegeheimbesuchen	mind. 10 Besuche	25.118	77%	18.308 €	148,4	7.420	25%	61.974 €	27,9	19,57 €
bedarfsgerechte Praxisöffnungszeiten	mind. 1 Samstagssprechstunde	2.805	9%	923.645 €	19,1	29.733	69%	87.136 €	157,3	152,37 €
Versorgung von geriatrischen Patienten	mind. 1 geriatrische Leistung	27.034	83%	13.148 €	154,8	5.504	17%	64.581 €	21,6	18,77 €
palliativmedizinische Versorgung	mind. 1 palliativmedizinische Leistung	11.142	34%	155.011 €	71,5	21.396	66%	80.722 €	104,9	40,62 €
Mindestanzahl von zu versorgenden Patienten je Arzt und je Quartal, die 450 Versicherte nicht unterschreiten soll	Fallzahl je Arzt mind. 450	30.877	95%	990 €	174,5	1.661	5%	18.409 €	1,9	16,65 €
regelmäßige Pflege der elektronischen Patientenakte bei überwiegendem Anteil der zu versorgenden Patienten	mind. 1 ePA-Leistung	24	0%	120.913.348 €	0,2	32.514	32%	89.251 €	176,2	16.570,12 €
regelmäßige Aktualisierung des elektronischen Medikationsplans	mind. 1 eMP-Leistung	29.585	91%	9.686 €	159,0	2.953	9%	97.041 €	17,4	18,27 €
	mind. 4 Kriterien erfüllt	22.699	70%	28.619 €	136,9	9.839	30%	66.024 €	39.442.116	21,21 €
	mind. 5 Kriterien erfüllt	9.729	30%	189.387 €	64,5	22.809	70%	80.781 €	111.872.695	45,04 €
	mind. 6 Kriterien erfüllt	1.093	3%	2.527.455 €	8,6	31.445	97%	87.852 €	167.729.742	336,21 €
	mind. 7 Kriterien erfüllt	<5	-	-	-	-	-	-	-	-

\* Die rechnerische Bewertung der GOP 03040 ergibt sich aus der Division des rechnerischen Gesamtvolumens (2,9 Mrd. Euro) durch die Leistungshäufigkeit der GOP 03040 der Praxen, die das Kriterium erfüllen.

\*\* Der Gewinn je Praxis ergibt sich aus der mit der Differenz der rechnerischen Bewertung der GOP 03040 und der aktuellen Bewertung der GOP 03040 (16,47 Euro) multiplizierten Leistungshäufigkeit der GOP 03040 dividiert durch die Anzahl der Praxen, jeweils bezogen auf die Praxen, die das Kriterium erfüllen.

\*\*\* Der Verlust je Praxis ergibt sich aus Multiplikation der aktuellen Bewertung der GOP 03040 (16,47 Euro) mit der Leistungshäufigkeit der GOP 03040 dividiert durch die Anzahl der Praxen, jeweils bezogen auf die Praxen, die das Kriterium nicht erfüllen.

\*\*\*\* Prüfung erfolgt jeweils für jedes der 4 Quartale des Jahres 2022 je Praxis

Quelle: Abrechnungsstatistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für das Jahr 2022



simulierte Auswirkungen der Einführung der Vorhaltepauschale auf hausärztliche Praxen

Tabelle 3: Erfüllungsgrad der Kriterien als Abrechnungsvoraussetzung der Vorhaltepauschale in der regionalen Verteilung

Kriterium	KV-Region																
	SH	HH	HB	NI	WL	NO	HE	RLP	BW	BY	BE	Saar	MV	BB	ST	Th	SN
Bedarfsgerechte Versorgung mit Haus- und Pflegeheimbesuchen	81%	62%	77%	82%	73%	71%	77%	87%	72%	80%	53%	86%	85%	77%	88%	91%	87%
Bedarfsgerechte Praxisöffnungszeiten	9%	5%	3%	11%	7%	8%	9%	15%	8%	10%	10%	10%	6%	6%	5%	9%	7%
Versorgung von geriatrischen Patienten	83%	76%	86%	88%	82%	80%	83%	89%	78%	83%	75%	85%	91%	85%	87%	88%	87%
Palliativmedizinische Versorgung	39%	23%	48%	47%	3%	25%	31%	43%	34%	53%	18%	38%	42%	26%	30%	40%	36%
Mindestanzahl von zu versorgenden Patienten je Arzt und je Quartal, die 450 Versicherte nicht unterschreiten soll	94%	92%	97%	96%	96%	96%	96%	96%	90%	93%	93%	97%	98%	98%	99%	98%	98%
Regelmäßige Pflege der elektronischen Patientenakte bei überwiegender Anteil der zu versorgenden Patienten	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Regelmäßige Aktualisierung des elektronischen Medikationsplans	99%	98%	98%	13%	99%	98%	99%	99%	98%	99%	97%	99%	100%	100%	100%	100%	99%

Quelle: Abrechnungsstatistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für das Jahr 2022