



ENTWURF EINES GESETZES ZUR STÄRKUNG DER GESUNDHEITSVERSORGUNG IN DER KOMMUNE – GESUNDHEITSVERSORGUNGSSTÄRKUNGS- GESETZ (GVSG)

STELLUNGNAHME DER KBV ZUM ÄNDERUNGSANTRAG DER
FRAKTIONEN SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN UND FDP VOM
24. JANUAR 2025

28. JANUAR 2025

INHALT

ZUR KOMMENTIERUNG	3
ZUSAMMENFASSUNG	3
KOMMENTIERUNG	3
§ 24A SGB V, NOTFALLKONTRAZEPTIVA FÜR OPFER SEXUELLER GEWALT	3
§ 31 ABS. 1A S. 5 – WUNDBEHANDLUNG	3
§ 33 ABS. 5C SGB V – VERORDNUNG VON HILFSMITTELN DURCH ZENTREN	4
§ 87 ABS. 2B SGB V – VERSORGUNGSPAUSCHALE	5
§ 87 ABS. 2Q (NEU) – VORHALTEPAUSCHALE	5
§ 87A ABS. 3B SATZ 3 SGB V – ZUSCHLÄGE KINDER- UND JUGENDMEDIZIN	8
§ 87A ABS. 3C (NEU) UND NR. 8, § 87B ABS. 1 SATZ 3 SGB V – ENTBUDGETIERUNG HAUSÄRZTE	8

ZUR KOMMENTIERUNG

Zu den einzelnen Regelungsinhalten wird im Folgenden kommentiert. Sofern keine Anmerkungen getätigt werden, wird die Regelung durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) begrüßt oder sie sieht die Interessen der Vertragsärzte und -psychotherapeuten durch die Regelung nicht betroffen beziehungsweise steht dem Regelungsvorschlag neutral gegenüber.

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde meist nur eine Form der Personenbezeichnung verwendet. Hiermit sind auch alle anderen Formen gemeint.

ZUSAMMENFASSUNG

Die KBV begrüßt die im Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes (GVSG) angelegte Entbudgetierung der hausärztlichen Vergütung grundsätzlich und hält die schnellstmögliche Einführung für unabdingbar. Nach Einschätzung der KBV bergen die Formulierungen allerdings die Gefahr von spürbaren Honorarumverteilungen mit potenziell riskanten und kaum kalkulierbaren Auswirkungen auf die Versorgung. Um das zu vermeiden, müsste die Formulierung angepasst werden. Ein konkreter, mit Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und Verbänden abgestimmter Vorschlag hierzu liegt bereits vor. In keinem Fall gibt es einen Grund, dass diese die Entbudgetierung verzögern oder gar aufhalten sollten.

KOMMENTIERUNG

§ 24A SGB V, NOTFALLKONTRAZEPTIVA FÜR OPFER SEXUELLER GEWALT

Beabsichtigte Neuregelung

Versicherte haben bis zum vollendeten 22. Lebensjahr Anspruch auf nicht verschreibungspflichtige Notfallkontrazeptiva. Der vorliegende Änderungsantrag sieht die Aufhebung der Altersbeschränkung für die Leistung von Notfallkontrazeptiva vor, wenn ein Verdacht auf eine Straftat gegen die sexuelle Selbstbestimmung im Sinne der §§ 174 ff. des Strafgesetzbuchs besteht.

Bewertung

Die KBV begrüßt die Regelung.

§ 31 ABS. 1A S. 5 – WUNDBEHANDLUNG

Beabsichtigte Neuregelung

Um den Herstellern von Wundbehandlungsprodukten ausreichend Zeit zu geben, das neue Beratungsverfahren beim G-BA in Anspruch zu nehmen und auch die Ergebnisse der Bewertung durch das IQWiG in der Erstellung der Nutznachweise berücksichtigen zu können, wird die Übergangsregelung in § 31 Absatz 1a Satz 5 um weitere zwölf Monate verlängert.

Bewertung

Die KBV begrüßt die Regelung grundsätzlich.

Nachdem die im Gesetz zur Stärkung der Öffentlichen Gesundheit (ÖGD-Gesetz) vorgesehene und begründete Verlängerung der gesetzlich verankerten Übergangsregelung für sonstige Produkte zur Wundbehandlung um 18 Monate nicht mehr erfolgen konnte, sind diese Produkte seit dem 2. Dezember 2024 grundsätzlich nicht mehr zu Lasten der GKV verordnungsfähig. Es sei denn, sie wurden vom G-BA bewertet und sind in Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie konkret benannt.

Zwar sind einige Krankenkassen/Krankenkassenverbände dem Appell, die Kosten entsprechender Produkte weiterhin bis zum 2. März 2025 zu übernehmen, gefolgt, aber nicht alle. Insofern ist die gesetzliche Klarstellung für die Versorgungssicherheit erforderlich. Da bislang aber noch kein einziges Produkt abschließend vom G-BA bewertet wurde, ist absehbar, dass eine Verlängerung um 12 Monate (von denen zwei Monate bereits vergangen sind) nicht ausreichen wird. Insofern regt die KBV an, wie ursprünglich vorgesehen die Übergangsfrist um 18 Monate zu verlängern.

§ 33 ABS. 5C SGB V – VERORDNUNG VON HILFSMITTELN DURCH ZENTREN

Beabsichtigte Neuregelung

Für Hilfsmittelversorgungen, die von Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) oder von medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MeBZ) empfohlen wurden, ist von der medizinischen Erforderlichkeit auszugehen. Die Einbeziehung des Medizinischen Dienstes soll nicht mehr erfolgen. Damit sollen Bewilligungsverfahren im Hilfsmittelbereich beschleunigt werden.

Bewertung

Die Absicht einer Beschleunigung von Bewilligungsverfahren im Hilfsmittelbereich wird begrüßt. Allerdings sind die Kapazitäten dieser Einrichtungen sehr begrenzt, so dass viele Patienten mit vergleichbaren komplexen Behinderungen gar nicht oder nur nach langen Wartezeiten Zugang erhalten. Oftmals fehlen entsprechende Angebote in vielen Regionen, insbesondere in strukturschwachen und ländlichen Bereichen, gänzlich. Die Hilfsmittelversorgung dieser Versicherten wird daher häufig von den vertragsärztlich tätigen Kinder- und Jugendärzten, beispielsweise Neuropädiatern, Neurologen oder Hausärzten übernommen. Die vertragsärztliche Versorgung dieser Patienten unterliegt allerdings denselben Hürden.

Um die Hilfsmittelversorgung für alle Versicherte mit komplexen Behinderungen zu verbessern, sollte die Regelung nicht auf bestimmte Versorgungssettings eingegrenzt werden und auf Verordnungen von Vertragsärzten erweitert werden. Um gleichzeitig die Risiken für nachgelagerte Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu reduzieren, sollte klargestellt werden, dass entsprechende Verordnungen keiner Wirtschaftlichkeitsprüfung unterliegen.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

- › Ergänzung in § 33 Abs. 5c (neu) SGB V, dass auch bei Hilfsmittelverordnungen durch Kinder- und Jugendärzte, Neurologen und Hausärzte für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen von der medizinischen Erforderlichkeit ausgegangen werden kann.
- › Ergänzung in § 106b Abs. 4 SGB V, dass Verordnungen nach § 33 Abs. 5c (neu) SGB V durch Kinder- und Jugendärzte, Neurologen und Hausärzte nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung unterliegen.

§ 87 ABS. 2B SGB V – VERSORGUNGSPAUSCHALE

Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz 2b wird der Bewertungsausschuss beauftragt, eine jährlich abrechnungsfähige Versorgungspauschale einzuführen. 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 Zeitraum hat mindestens zwei Kalenderquartale zu umfassen.

Bewertung

Die Einführung einer Versorgungspauschale für chronisch erkrankte Patienten ist grundsätzlich denkbar, um die derzeitige Systematik im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abzulösen. Allerdings bergen Reformen im EBM, die nicht zu Mehrausgaben führen dürfen, stets die Gefahr, dass es zu unerwünschten Umverteilungseffekten zwischen den Ärzten kommt.

Weiterhin führt eine mindestens halbjährliche Abrechenbarkeit zu folgenden Schwierigkeiten, die gelöst werden müssen:

Einmalige Berechnung durch eine Arztpraxis

Durch den Umstand, dass die Versorgungspauschale nur einmal mindestens halbjährlich durch eine Arztpraxis je Versicherten abgerechnet werden kann, jedoch für die jeweils andere Arztpraxis eine vorherige Abrechnung nicht erkennbar ist, entstehen Risiken für die Arztpraxen, da nicht vorhersehbar ist, ob die Pauschale abgerechnet werden kann.

Ein wesentlicher Grund für die Mehrfachinanspruchnahme von Hausärzten ist, dass Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich die sie behandelnden Ärzte frei wählen können. Die freie Arztwahl in Deutschland gemäß § 76 SGB V steht im Widerspruch zur einmaligen Berechnungsfähigkeit der Versorgungspauschale.

Mehrfachinanspruchnahmen können durch die Ärzte nicht ausgeschlossen werden. Bei der parallelen Behandlung durch einen Hausarzt und beispielsweise einer Diabetologischen Schwerpunktpraxis, HIV-Schwerpunktpraxis, Schwerpunktpraxis für Substitutionsbehandlung, Praxis mit Schwerpunkt Schmerztherapie oder Praxis mit Schwerpunkt Psychotherapie liegt eine Mehrfachinanspruchnahme im Interesse der Versorgung.

Keine Absenkung der hausärztlichen Vergütung durch die Hintertür

Aufgrund der Einführung einer Versorgungspauschale darf die Vergütung für die Behandlung eines chronisch erkrankten Patienten nicht sinken. Die Versorgungspauschale reduziert nicht den medizinisch erforderlichen Behandlungsbedarf pro Patienten. Daher muss der Gesetzgeber klarstellen, dass die Bewertung der Versorgungspauschale nicht geringer sein darf als die Summe der bisherigen Gebührenordnungspositionen, die der Versorgungspauschale zugrunde liegen.

§ 87 ABS. 2Q (NEU) – VORHALTEPAUSCHALE

Beabsichtigte Neuregelung

Durch den Bewertungsausschuss soll eine Vorhaltepauschale festgelegt werden, die an das Vorliegen gewisser Kriterien und gegebenenfalls gestuft festgelegt werden kann. Die bisherige Vergütung der Gebührenordnungsposition 03040 soll dafür entfallen. Kriterien für die Vorhaltepauschale sollen u. a. eine bedarfsgerechte Versorgung mit Haus- und Pflegeheimbesuchen, bedarfsgerechte Praxisöffnungszeiten, die vorrangige Versorgung der Versicherten mit Leistungen aus dem hausärztlichen Fachgebiet, eine

festzulegende Mindestanzahl an zu versorgenden Versicherten sowie die regelmäßige Nutzung von Anwendungen nach § 334 SGB V (Telematik-Infrastruktur) umfassen.

Bewertung

Die Vorhaltepauschale darf von den Krankenkassen nicht zur Reduzierung der Vergütung der Hausärzte genutzt werden. Es dürfen nur solche Kriterien für die Vorhaltepauschale aufgenommen werden, die bereits Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sind. Völlig neue Kriterien, wie z.B. die Samstagssprechstunde, müssen auch mit neuem Geld finanziert werden.

Die Voraussetzungen der Abrechenbarkeit der Vorhaltepauschale sind so festzulegen, dass durch die Einführung keine Finanzmittel frei werden. Durch die Einführung der Vorhaltepauschale darf es zu keinem Rückgang des hausärztlichen Leistungsbedarfs kommen. Die zugesagten zusätzlichen Finanzmittel aufgrund der Entbudgetierung müssen bei den Hausärzten ankommen.

Nicht jede Praxis muss alle Kriterien erfüllen. Welche und wie viele Kriterien (auch als Stufenmodell) durch die Praxen erfüllt werden müssen, ist vom Bewertungsausschuss bedarfsgerecht festzulegen. Strukturelle Benachteiligungen von z. B. Einzelpraxen oder städtischen Praxen müssen dabei ausgeschlossen werden.

Keine Benachteiligung von Schwerpunktpraxen

Durch die Einführung der Vorhaltepauschale dürfen die Schwerpunktpraxen im hausärztlichen Bereich nicht benachteiligt werden. Für diabetologische Schwerpunktpraxen, HIV-Schwerpunktpraxen, Schwerpunktpraxis für Substitutionsbehandlung, Praxen mit Schwerpunkt Schmerztherapie oder Praxen mit Schwerpunkt Psychotherapie und weitere Schwerpunktpraxen müssen passgenaue Lösungen gefunden werden, damit diese Praxen keine Einnahmen verlieren. Sie sind für die adäquate Versorgung der Patienten mit diesen Krankheitsbildern unentbehrlich.

Berücksichtigung von Leistungen in der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV)

Für das Erfüllen der Kriterien muss sichergestellt werden, dass Untersuchungen und Behandlungen bei HzV-Versicherten im Rahmen dieser Verträge berücksichtigt werden. Es ist eine gesetzliche Regelung aufzunehmen, dass der Bewertungsausschuss zu beschließen hat, wie und durch wen der Nachweis gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) über die in der HzV erbrachten Leistungen zu erfolgen hat.

Bedarfsgerechte Praxisöffnungszeiten

Ein Kriterium für die Vorhaltepauschale sollen bedarfsgerechte Praxisöffnungszeiten sein, die je nach dem Bedarf am Praxissitz auch ein Angebot von Sprechstunden nach 19 Uhr (entsprechend der Anmerkung der EBM-Ziffer 01100) umfassen können.

Aus Sicht der KBV sind allgemeingültige Vorgaben, die Hausärzte zur Durchführung von Sprechstunden in den Abendstunden indirekt verpflichten, um die Voraussetzungen der Vorhaltepauschale erfüllen zu können, für eine Verbesserung der hausärztlichen Versorgung nicht zielführend. Nicht in allen Regionen erfordert die Altersstruktur der überwiegenden Patienten eine Ausweitung der Sprechstunden bzw. ein Angebot zu anderen Zeiten und an Samstagen. In Sprechstundenfreien Zeiten ermöglichen KV-Notdienstpraxen/Bereitschaftspraxen eine wohnortnahe, ambulante ärztliche Versorgung. Zudem greifen diese Vorgaben in die Freiberuflichkeit ein und schränken im Umkehrschluss das Angebot von Sprechstunden an Wochentagen ein.

Derzeit bieten bereits ca. ein Drittel (31 Prozent) der Hausarztpraxen in jedem Quartal Samstagssprechstunden an. Der Bewertungsausschuss hatte bereits zum 1. April 2020 den Zeitraum für die Berechnung der entsprechenden EBM-Leistung auch auf den Samstagnachmittag ausgeweitet (von 07:00 Uhr bis 19:00 Uhr) und hiermit auch hinsichtlich der Vergütung Voraussetzungen geschaffen, bedarfsgerechte Praxisöffnungszeiten an Samstagen im haus- und fachärztlichen Bereich anzubieten, so sie erforderlich sind. Angesichts des eklatanten Personalmangels ist überdies mehr als fraglich, mit welchem Personal solche zusätzlichen Sprechstunden zu Unzeiten geleistet werden sollten.

Bedarfsgerechte Versorgung mit Haus- und Pflegeheimbesuchen

Ein weiteres Kriterium für die Vorhaltepauschale soll die bedarfsorientierte Durchführung von Haus- und Pflegeheimbesuchen sein.

Dreiviertel der Hausarztpraxen führen pro Quartal mindestens 10 Besuche von Patienten in der Häuslichkeit oder in Alten-/Pflegeheimen durch. Zusätzlich werden die Patienten durch qualifiziertes Praxispersonal (unter anderem nichtärztliche Praxisassistenten) aufgesucht und der Hausarzt unter Nutzung von telemedizinischen Anwendungen eingebunden. Vorgaben zu einer Mindestanzahl an durchzuführenden Besuchen pro Quartal, die sich auf den Arzt beziehen, schränken insbesondere in ländlichen Regionen mit langen Fahrtstrecken die Praxisorganisation ein und könnten – um die Voraussetzungen der Vorhaltepauschale erfüllen zu können – eine Einschränkung von Sprechzeiten nach sich ziehen.

Vorrangige Versorgung mit Leistungen aus dem hausärztlichen Fachgebiet

Der Bewertungsausschuss soll in seinen Kriterien berücksichtigen, dass die Hausarztpraxen primär Leistungen durchführen, die zum Kern des hausärztlichen Fachgebietes gehören (z.B. Versorgung von geriatrischen Patienten, palliativmedizinische Versorgung).

Ziel der aktuell gültigen Zusatzpauschale für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrages gemäß § 73 Abs. 1 SGB V nach der Gebührenordnungsposition 03040 des EBM ist die Stärkung der originär hausärztlichen Betreuung. Daher wird die Gebührenordnungsposition 03040 nicht für alle Patienten einer Hausarztpraxis gezahlt, sondern nur für diejenigen Patienten, bei denen Leistungen durchgeführt werden, die grundsätzlich zum hausärztlichen Versorgungsauftrag zählen. Dementsprechend ist sie neben einer Reihe von Leistungen, die entweder selbst zu einer Deckung der Kosten beitragen oder über den § 73 Abs. 1 SGB V formulierten Auftrag hinausgehen, ausgeschlossen.

Der vorliegende Gesetzentwurf sieht mit der Definition von Leistungen durch den Bewertungsausschuss, die Hausarztpraxen primär durchführen sollten, eine aus Sicht der KBV zwar in der Zielstellung gleiche aber in der Umsetzung entgegengesetzte Systematik vor. Hausarztpraxen würden die Vorhaltepauschale nicht erhalten, sofern sie die zum Kern des hausärztlichen Fachgebietes gehörigen Leistungen zwar durchführen, aber nicht in ausreichendem Maß erfüllen können. Hierdurch entstehen den betreffenden Praxen, obwohl sie dem hausärztlichen Versorgungsauftrag nachkommen, wirtschaftliche Nachteile. Hingegen erhalten Hausarztpraxen, die die Kriterien bezogen auf alle Patienten erfüllen, aber aus anderen Gründen auch fachärztliche Leistungen durchführen, die Vorhaltepauschale entgegen ihrer Zielstellung.

Pflege/Nutzung der elektronischen Patientenakte

Zu den Kriterien für eine Vorhaltepauschale soll zukünftig auch zählen, dass beim überwiegenden Anteil der zu versorgenden Patienten eine regelhafte Pflege der elektronischen Patientenakte (ePA) stattfindet. Diesbezüglich ist der Anteil an Patienten von Bedeutung, die der ePA-Anlage nicht widersprochen und dem behandelnden Arzt die Zugriffsberechtigung nicht entzogen haben.

Nach § 335 Abs. 3 SGB V dürfen Versicherte weder bevorzugt noch benachteiligt werden, weil sie der Anlage einer ePA widersprochen oder einen Zugriff auf die ePA oder weiteren Anwendungen der Telematikinfrastruktur verweigert haben. Die Krankenkassen haben gemäß § 343 Abs. 1a Satz 3 Nr. 2 SGB V ihre Versicherten sogar ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass gewährleistet ist, dass der Versicherte weder bevorzugt noch benachteiligt wird, wenn er seine Widerspruchs-, Einwilligungs-, Lösch- und Beschränkungsrechte bezüglich der ePA ausübt (ausgenommen des Verzichts auf einen ePA-Nutzen). Die ePA-Nutzung als Kriterium für die Vorhaltepauschale könnte einen Einfluss darauf haben, dass Hausärzte ihre Patienten dazu anhalten, ihnen Zugriffsberechtigungen zu gewähren, und somit in die Patientensouveränität eingreifen.

Zwar besteht grundsätzlich die Möglichkeit, dass Patienten eine ePA-Anlage mit hausärztlichen Zugriffsberechtigungen akzeptieren, ihren Hausärzten jedoch bestimmte Zugriffsberechtigungen auf z. B. sensible Daten entziehen. Gerade Patienten mit sensiblen Daten gemäß § 343 Abs. 1a Satz 3 Nr. 13 SGB V (Daten, deren Bekanntwerden Anlass zu Diskriminierung oder Stigmatisierung des Versicherten geben

kann, insbesondere zu sexuell übertragbaren Infektionen, psychischen Erkrankungen und Schwangerschaftsabbrüchen) könnten sich dazu entscheiden, die ePA entweder überhaupt nicht zu nutzen oder die Zugriffsberechtigungen gegenüber ihren Hausärzten grundsätzlich stark einschränken, wenn es ihnen zu aufwändig ist, jeweils nur bestimmte ePA-Widersprüche auszusprechen.

Es erscheint als nicht nachvollziehbar, dass vor dem Hintergrund der bestehenden Befüllungspflichten des § 347 SGB V erneut Vergütungsfolgen – und damit im Ergebnis eine Sanktionierung – mit der Nutzung der Telematik-Infrastruktur verbunden wäre.

§ 87A ABS. 3B SATZ 3 SGB V – ZUSCHLÄGE KINDER- UND JUGENDMEDIZIN

Beabsichtigte Neuregelung

Sofern die auf die Kinder- und Jugendmedizin entfallende MGV die Vergütung der gemäß § 87b Abs. 1 Satz 3 zweiter Halbsatz SGB V definierten Leistungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung ohne Honorarbegrenzung oder -minderung übersteigt, sollen laut Gesetzesentwurf erst dann Zuschläge durch die Gesamtvertragspartner vereinbart werden, wenn bezogen auf den gesamten Zeitraum von vier aufeinanderfolgenden Kalendervierteljahren der Leistungsbedarf die auf die Kinder- und Jugendmedizin entfallende MGV nicht ausschöpft. Diese Regelung findet sich analog beim vorgesehenen Verfahren der Hausärzte in § 87a Abs. 3c SGB V.

Bewertung

Die Regelung stellt eine Verschlechterung zum Status Quo dar. Nach der Neuregelung können die Zuschläge ggf. reduziert erst am Ende dieses Zeitraums bestimmt werden. Die KV muss die Mittel aus der Kinderarzt-MGV, die den angeforderten Leistungsbedarf übersteigen, bis zur abgeschlossenen Verhandlung bzw. Vereinbarung einbehalten und kann diese nicht quartalsgleich an die Kinder- und Jugendmediziner auszahlen.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

- › Ein Mittelabfluss kann verhindert werden, wenn die seinerzeitige Regelung im Zusammenhang mit der Entbudgetierung der Kinder- und Jugendärzte beibehalten wird.
-

§ 87A ABS. 3C (NEU) UND NR. 8, § 87B ABS. 1 SATZ 3 SGB V – ENTBUDGETIERUNG HAUSÄRZTE

Beabsichtigte Neuregelung

Die nach sachlich/rechnerischer Prüfung anerkannten, abgerechneten Leistungen der hausärztlichen Versorgung werden ab dem ersten Tag des 3. auf die Verkündung folgenden Kalendervierteljahres von den Krankenkassen nach den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vollständig vergütet. Für die erstmalige Festsetzung der Hausarzt-MGV wird der prozentuale Anteil des Honorarvolumens, das für den hausärztlichen Leistungsbedarf (im jeweiligen Vorjahresquartal des Festsetzungszeitraums) ausgezahlt worden ist, am Honorarvolumen aller Arztgruppen innerhalb der MGV bestimmt und mit dem für das jeweilige Quartal vereinbarten und bereinigten Behandlungsbedarf multipliziert. Anschließend erfolgt eine Fortentwicklung mit den MGV-Veränderungsraten im vertragsärztlichen Bereich vom Basiszeitraum bis zum

aktuellen Quartal. Soweit die insgesamt vereinbarte Veränderung des Behandlungsbedarfs nach Abs. 4 Satz 1 Nummern 1 bis 5 für das jeweilige Quartal gegenüber dem Vorjahresquartal von dem Behandlungsbedarf für die in § 87b Abs. 1 Satz 3 zweiter Halbsatz genannten Leistungen der hausärztlichen Versorgung abweicht, ist der nach Satz 4 zu bestimmende Anteil des Honorarvolumens anzupassen. Dies gilt für die gesetzlich vorgesehenen Bereinigungen des Behandlungsbedarfs entsprechend. Der Bewertungsausschuss beschließt innerhalb von drei Monaten die Vorgaben für ein Verfahren zur Festsetzung der Hausarzt-MGV. Diese wird jährlich für das Folgejahr angepasst. Dabei werden insbesondere die Anpassungen des Punktwertes und des Behandlungsbedarfs, der auf die Leistungen der hausärztlichen Versorgung entfällt, sowie darauf entfallende Bereinigungen berücksichtigt.

Sofern das Honorarvolumen für die Leistungen der hausärztlichen Versorgung im jeweiligen Vorjahresquartal der erstmaligen Festsetzung Zuschläge enthält, haben die Gesamtvertragspartner diese Zuschläge in der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vereinbaren.

Die Gesamtvertragspartner verhandeln über Zuschläge zur Förderung der hausärztlichen Versorgung, soweit bezogen auf den gesamten Zeitraum von vier aufeinanderfolgenden Kalendervierteljahren der hausärztliche Leistungsbedarf die Hausarzt-MGV nicht ausschöpft.

Wenn die Hausarzt-MGV einschließlich der Zuschläge kleiner als der hausärztliche Leistungsbedarf ist, leisten die Krankenkassen entsprechend ihres leistungsmengenbezogenen Anteils Ausgleichszahlungen, um die vollständige Vergütung des hausärztlichen Leistungsbedarfs zu gewährleisten.

Der Bewertungsausschuss analysiert die Auswirkungen der Regelungen insbesondere auf die hausärztliche Versorgung der Versicherten, die Honorare sowie die Ausgaben der Krankenkassen und berichtet dem BMG bis 2,5 Jahre nach dem Inkrafttreten des Gesetzes über die Ergebnisse.

Bewertung

Grundsätzlich wird die Regelung der Entbudgetierung der Hausärzte begrüßt.

Der Gesetzentwurf enthält eine wesentliche Modifikation gegenüber dem Verfahren der Entbudgetierung der Kinderärzte. Dabei soll – vereinfacht dargestellt – der Anteil des hausärztlichen MGV-Honorars am MGV-Honorar aller Ärzte als Schlüssel für die Aufteilung der MGV verwendet werden. Bei der seinerzeitigen Entbudgetierung der Kinderärzte wurde hingegen direkt auf die Höhe des kinderärztlichen MGV-Honorars Bezug genommen.

Der vorliegende Regelungsentwurf birgt die Gefahr, dass für die entbudgetierten Leistungen der Hausärzte mehr Geld aus der Gesamtvergütung reserviert wird, als tatsächlich in der Vergangenheit für diese Leistungen in der Gesamtvergütung zur Verfügung gestanden hat. Dies hätte zur Folge, dass für die nicht entbudgetierten hausärztlichen Leistungen bzw. andere Ausgabenbereiche (z. B. Rückstellungen) entsprechend weniger Geld zur Verfügung stehen würde.

Beispielhaft sei genannt, dass bei einer wortlautgetreuen Umsetzung des Beschlusses Finanzmittel, die derzeit für den Strukturfonds genutzt werden, in die Hausarzt MGV fließen würden. Konsequenz wäre, dass die Finanzmittel für den Strukturfonds aus anderen Bereichen und ggf. von anderen Arztgruppen bereitgestellt werden müssten, damit die KV 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.

Aus Sicht der KBV muss daher der Bewertungsausschuss den Auftrag erhalten, bei der Festlegung von Vorgaben zur Festsetzung der Hausarzt-MGV auch die Erfüllung von Sicherstellungsaufgaben (Strukturfonds) und anderer vertraglichen Aufgaben sowie die angemessene Vergütung der nicht in die Hausarzt-MGV fallenden Leistungen zu gewährleisten. Dadurch soll unter anderem auch gewährleistet werden, dass von einigen KVen im Jahr 2023 verwendete hohe Rückstellungen aus den Vorjahren nicht zu einer überhöhten Festsetzung der Hausarzt-MGV führen. Auch ist die Finanzierung des Strukturfonds und vergleichbaren Sicherstellungsmaßnahmen als Abzug von der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

sowie Veränderungen beim Honorar für Labor- und Notfalleleistungen bei der Festsetzung des Hausarzt-MGV zu berücksichtigen.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

- › Dem Bewertungsausschuss wird explizit die Aufgabe gegeben, die Hausarzt-MGV so festzusetzen, dass keinem anderen Aufgabenbereich Finanzmittel entzogen werden.
 - › Das bedeutet, dass bei der Berechnung zur Festsetzung der Hausarzt-MGV die MGV abzüglich von Rückstellungen für gesetzliche oder vertragliche Aufgaben die Bezugsgröße zu sein hat.
 - › Zudem müssen regionale Besonderheiten bei Honorarzahungen im Jahr 2023 in die Berechnungsvorgaben zur Festsetzung der Hausarzt MGV einfließen.
-

Ihre Ansprechpartner:

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Stabsbereich Strategie, Politik und Kommunikation
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
Tel.: 030 4005-1036
politik@kbv.de, www.kbv.de

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vertritt die politischen Interessen der rund 187.000 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten auf Bundesebene. Sie ist der Dachverband der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die die ambulante medizinische Versorgung für 73 Millionen gesetzlich Versicherte in Deutschland sicherstellen. Die KBV schließt mit den gesetzlichen Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern Vereinbarungen, beispielsweise zur Honorierung der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten sowie zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen. Die KVen und die KBV sind als Einrichtung der ärztlichen Selbstverwaltung Körperschaften des öffentlichen Rechts.