



## Stellungnahme

### Hausärztinnen- und Hausärzteverband e. V.

zum Gesetzesentwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur  
Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (GVSG)

11. November 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

Die mit dem Gesetzesentwurf der Bundesregierung verfolgten zentralen Ziele, insbesondere die hausärztliche Versorgung zu stärken und auch künftig flächendeckend zu gewährleisten, werden seitens des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes ausdrücklich begrüßt.

Insbesondere die Maßnahmen mit dem Ziel, die hausärztliche Arbeit finanziell angemessener zu vergüten, sind angesichts der drohenden Unterversorgung in sehr vielen Regionen unverzichtbar. Es ist unerlässlich, Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung von mengenbegrenzenden oder honorarmindernden Maßnahmen auszunehmen (Entbudgetierung): Hausärztinnen und Hausärzte, die heute schon den steigenden Wegfall vieler Praxen durch die Aufnahme von immer mehr Patientinnen und Patienten kompensieren, benötigen jetzt ein Signal, dass ihre Tätigkeit in der Patientenversorgung gesehen und angemessen honoriert wird. Es darf diesbezüglich keinen weiteren Aufschub geben, insbesondere auch, um dem dringend benötigten hausärztlichen Nachwuchs eine Perspektive zu bieten und so für die künftige Versorgung der Patientinnen und Patienten zu gewinnen. Die durch den Bewertungsausschuss zu beschließende jährliche Versorgungspauschale für chronisch erkrankte Patientinnen und Patienten wird als Entlastungsmaßnahme begrüßt, bedarf jedoch weiterer Schärfung. Auch die Vorhaltepauschale wird seitens des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes grundsätzlich begrüßt. Notwendig sind hierbei weitere praxisnahe Konkretisierungen und Abstufungen, so dass eine hausärztlich tätige Versorgerpraxis sie ohne zusätzlichen Mehraufwand erfüllen kann.

Die mit dem Kabinettsentwurf vorgenommene Streichung des HZV-Bonus sehen wir kritisch. Unser Gesundheitssystem wird ohne eine effiziente Patientensteuerung den wachsenden Herausforderungen (insbesondere durch den enormen Ressourcenmangel) auf Dauer nicht standhalten können. Ein solches Versorgungsmodell liegt mit den Verträgen zur Hausarztzentrierten Versorgung bereits vor – teilnehmende Patientinnen und Patienten, die ihre Versorgung durch eine von ihnen gewählte Hausarztpraxis koordinieren lassen, werden darin nachgewiesenermaßen besser und effizienter versorgt. Daher ist es nur sinnvoll, Versicherten, die an der Hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen, einen finanziellen Anreiz zu geben.

Um den aktuellen Entwicklungen in den hausärztlichen Praxen Rechnung zu tragen, wird angeregt, in § 73b SGB V ergänzend zu der bestehenden Beziehung Arzt-Patient auch einen Bezug Patient und Betreu-Praxis zu schaffen. Hierdurch wird die Leistungserbringung in multi-professionellen Teams ermöglicht und das gesetzlich abgebildet, was der Versorgungsrealität entspricht.



## II. Kommentierung einzelner Regelungen

- A. § 87 Abs. 2b und Abs. 2q SGB V-neu jahresbezogene Versorgungspauschale für die Versorgung chronisch Kranker und Vorhaltepauschale
  - a. § 87 Abs. 2b SGB V-neu jahresbezogene Versorgungspauschale für die Versorgung chronisch kranker Patientinnen und Patienten

Die durch den Kabinettsentwurf leicht modifizierte Regelung in § 87 Abs. 2b SGB V, wonach der Bewertungsausschuss beauftragt wird, abweichend von der quartalsbezogenen Versichertenpauschale Regelungen über eine Jahrespauschale für die Behandlung chronisch kranker Patientinnen und Patienten im EBM zu beschließen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und keinen intensiven Betreuungsaufwand aufweisen, wird grundsätzlich begrüßt. Eine solche Pauschale ist dazu geeignet, unnötige Arzt-Patienten-Kontakte zu vermeiden und kann als Entlastungsmaßnahme für hausärztliche Praxen bewertet werden.

Im Vergleich zum Referentenentwurf spricht die Neufassung des § 87 Abs. 2b SGB V hinsichtlich des Chronikerbegriffs in der Gesetzesformulierung nicht mehr von einem „Versicherten, bei dem mindestens eine lang andauernde, lebensverändernde Erkrankung vorliegt, die einer kontinuierlichen Versorgung mit einem bestimmten Arzneimittel bedarf“, sondern pauschal von Versicherten, die wegen einer chronischen Erkrankung, die einer kontinuierlichen Versorgung mit einem bestimmten Arzneimittel bedarf und keinen intensiven Behandlungsbedarf begründet. Es wird begrüßt, dass die Anregung zur Konkretisierung des Chronikerbegriffs nach der Intensität des Behandlungsbedarfs aufgegriffen wurde. Gleichwohl wird angeregt, über den Bewertungsausschuss als Einschlusskriterien ebenfalls die Kombination von zu definierenden Diagnosen (z. B. Diagnoselisten) und ggf. verordneten Arzneimitteln in die Gruppe einzubeziehen. Hierbei sollte überlegt werden, die abschließende Entscheidung zum Einschluss oder Ausschluss von Patientinnen und Patienten in die Jahrespauschale in der hausärztlichen Praxis zu belassen, 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 und 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. Deshalb muss klar sein, dass die Jahrespauschale für diese Patientinnen und Patienten keine Anwendung findet. Für diejenigen Patientinnen/Patienten, die einer aufwändigen, engmaschigen klinischen Begleitung bedürfen und daher regelmäßig in die Hausarztpraxen kommen (also für intensive Versorgungen mit hohem Behandlungsbedarf), muss weiterhin die quartalsabhängige Chroniker- und Versichertenpauschale 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.

Nicht nachvollziehbar ist die Abweichung des Kabinetts- vom Referentenentwurf dahingehend, dass der Bewertungsausschuss bei Vorliegen wichtiger Gründe nun scheinbar keine Ausnahmen von der Abrechenbarkeit und Zahlung der Versorgungspauschale an nur eine Arztpraxis je Patientin/Patient vorsehen können soll. Derartige Ausnahmetatbestände sind unerlässlich, um der Versorgungsrealität angemessen Rechnung zu tragen und können beispielsweise durch den Umzug der Patientin/des Patienten oder der Schließung der bisher behandelnden Praxis begründet sein. Es wird daher angeregt, im Konzept, bei Vorliegen wichtiger Gründe, Ausnahmen von der Abrechenbarkeit und Zahlung der Versorgungspauschale an nur eine Arztpraxis je Versicherten vorzusehen.

Entscheidend bei der Gestaltung der Jahrespauschale ist jedoch, dass klar definiert werden muss, wie sich diese in der komplexen EBM-Vergütungssystematik von anderen Leistungen unterscheidet, die durch andere Ärztinnen und Ärzte aus dem hausärztlichen Versorgungsbereich (z. B. Diabetologen oder HIV-Schwerpunktpraxen) im gleichen Zeitraum erbracht werden. Zwingend erforderlich ist dies vor dem Hintergrund, dass dieselbe ärztliche Leistung nicht doppelt abgerechnet werden kann. Praktisch kann es jedoch für ärztliche Leistungserbringende zu Unsicherheiten kommen bei Patientinnen und Patienten, die im Laufe eines Jahres mehrere Ärztinnen/Ärzte in Anspruch nehmen. Hier muss klar abgrenzbar sein, ob es sich um Leistungen handelt, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich zugeordnet sind, oder ob hier ggf. eine mitversorgende spezielle Versorgung geleistet wird (z. B. Akupunktur, Schmerzmedizin, Diabetologie, Substitution).

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.

#### **b. § 87 Abs. 2q SGB V-neu Vorhaltepauschale**

Die Beauftragung des Bewertungsausschusses in § 87 Abs. 2q SGB V mit der Schaffung von 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, wird seitens des Hausärztinnen- und Hausärzterverbandes begrüßt. Die hiermit verfolgte Zielsetzung, diejenigen Praxen zu stärken, die wesentliche Aufgaben der hausärztlichen Grundversorgung leisten, ist dem Grunde nach positiv zu bewerten.



Zu begrüßen ist, dass bei den vom Bewertungsausschuss festzulegenden Kriterien kein Bezug genommen wird auf eine Mindestanzahl von zu versorgenden Patientinnen/Patienten je Ärztin/Arzt und je Quartal. Diese verbindliche Vorgabe wurde und wird abgelehnt, und steht allein im Ermessen der Entscheidungsfindung des Bewertungsausschusses.

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. Zukünftige Kriterien müssen dabei so praxisnah ausgestaltet werden, dass eine typische hausärztlich tätige Praxis sie ohne zusätzlichen Mehraufwand erfüllen kann 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 GKV-Versicherten“ bezieht. Überhöhte Anforderungen sind hierfür nicht geeignet. Neue Versorgungsangebote, die über das heute übliche Maß an Versorgung hinaus gehen, müssen durch zusätzliches Geld angemessen vergütet werden. Auch der Kabinettsentwurf 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 Begründung des Kabinettsentwurfs, auch weiterhin eine weitreichende Erreichbarkeit, was nicht flächendeckend umsetzbar ist und gestrichen werden sollte. Die Formulierung in der Begründung – je nach dem Bedarf am Praxissitz auch ein Angebot von Sprechstunden nach 19:00 Uhr (entsprechend der Anmerkung der EBM-Ziffer 01100) – ist missverständlich, da entsprechend der Anmerkung zur EBM-Ziffer 01100 diese nicht berechnungsfähig ist, wenn Sprechstunden vor 07:00 Uhr oder nach 19:00 Uhr stattfinden oder Patientinnen/Patienten zu diesen Zeiten bestellt werden. Ausschließlich die unvorhergesehenen Inanspruchnahmen der Vertragsärztin bzw. des Vertragsarztes durch Patientinnen/Patienten zwischen 19:00 und 22:00 Uhr, an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. zwischen 07:00 und 19:00 Uhr sind von der Vergütung über die EBM-Ziffer 01100 erfasst. Sofern der vorgenannte Zeitraum hiermit gemeint ist, sollte dies entsprechend formuliert werden. Dies ändert jedoch nichts daran, dass eine solch umfassende Erreichbarkeit hausärztlicher Praxen diese schlichtweg überfordert und noch mehr belastet. Dies umso mehr, da besonders hohe Anforderungen die Attraktivität des hausärztlichen Versorgungsbereiches mindern, anstatt sie zu steigern, sodass mit weniger jungen Hausärztinnen und Hausärzten und früheren Beendigungen von bestehenden hausärztlichen Praxen zu rechnen wäre.

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-Patientinnen/-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. Insofern sind die Kassenärztlichen Vereinigungen durch den Bewertungsausschuss zu verpflichten, bei der Prüfung der Anforderungen auch Patientinnen und Patienten zu berücksichtigen, die im Rahmen der Hausarztzentrierten Versorgung betreut werden.



Zudem sollte es – anders als in der Begründung formuliert – in der Entscheidungshoheit des Bewertungsausschusses liegen, ob und inwieweit die Vorhaltepauschale die bestehende GOP 03040 ersetzt oder ergänzt. Aktuell sieht die Begründung des Kabinettsentwurfs vor, dass die in der Leistungsziffer 03040 geregelte Vorhaltepauschale durch die in Absatz 2q geregelte Vorhaltepauschale ersetzt wird. Gerade der Bewertungsausschuss ist es aber, der für die Festlegung bundeseinheitlicher Vorgaben zur Vergütung ärztlicher Leistungen zuständig ist und sollte dies auch regeln.

Begrüßenswert ist, dass der Kabinettsentwurf im Vergleich zum Referentenentwurf nicht mehr explizit auf „Vertragsärztinnen/-ärzte“ abstellt. Dennoch wird angeregt, noch konkreter auf die „Arztpraxis“ insgesamt abzustellen. Der Praxisbezug bzw. der Praxis-Patienten-Kontakt ist näher liegend, und wurde bei der jahresbezogenen Versorgungspauschale für die Versorgung chronisch kranker Patientinnen und Patienten richtigerweise bereits gewählt. Bei der Vorhaltepauschale sollte dies in entsprechender Anwendung ebenfalls umgesetzt werden.

#### **B. § 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 Regelung in § 87a Abs. 3c i. V. m. § 87b Abs. 1 Satz 3, 2. Halbsatz SGB V, die sich weitestgehend mit den Forderungen des Hausärztinnen- und Hausärzterverbandes zur Umsetzung einer sog. Entbudgetierung (MGVplus) deckt, ist grundsätzlich zu begrüßen. Hausärztinnen und Hausärzten in KV-Regionen, in denen die Auszahlungsquoten bei zum Teil lediglich 68 % liegen, kann nicht länger vermittelt werden, dass ihre ärztliche Leistung vergütungsrechtlich geschmälert wird. Die Neuregelung in § 87a Abs. 3c Satz 1 SGB V, wonach 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, von den Krankenkassen vollständig zu vergüten sind, bedarf daher dringend der Umsetzung. Begrüßt wird in diesem Zusammenhang die Einführung des Begriffs des hausärztlichen Leistungsbedarfs, der sich aus der Summe der von allen Hausärztinnen und Hausärzten erbrachten und abgerechneten hausärztlichen Leistungen ergibt.

Anpassungsbedarf besteht jedoch dahingehend, Vergütungsabschläge in anderen Bereichen zwingend zu vermeiden: Die aktuelle Formulierung führte dazu, dass zwar wesentliche Teile der hausärztlichen Versorgung (Kapitel 3 + Hausbesuche i. d. R. 90 % der hausärztlichen Leistungen) endlich zu 100 %, aber andere Leistungsbereiche, wie z. B. Sonografie, EKG, mit Abschlägen von 40-50 % vergütet würden. Ebenso verhielte es sich mit Leistungen der Psychosomatik, so dass zu fordern ist, dass alle typisch hausärztlichen Leistungen demzufolge „entbudgetiert“ werden müssen. Dies umfasst zusätzlich zum bisherigen Vorschlag mindestens die ärztlichen Leistungen zur Behandlung von psychosomatischen Erkrankungen, des Ultraschalls, der ausschließlichen telefonischen Beratung sowie der Schmerztherapie.



Durch die Regelungen nach § 87a Abs. 3c wird auch weiterhin festgeschrieben, wie die Koppelung der Hausarzt-MGV im Hinblick auf deren erstmalige Festsetzung und Fortschreibung an das Aufsatzwerteverfahren erfolgt. Dazu wird auch im Kabinettsentwurf, trotz hieran bereits geäußelter Kritik, 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 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 *ausgezählten* 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. Angemessener wäre es, bei der Anwendung des Anteils auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung nur diejenigen Bestandteile der MGV zu berücksichtigen, die im betreffenden Kalenderjahr auch für Honorarauszahlungen zur Verfügung gestanden haben. Finanzmittel der MGV für den Strukturfonds oder für andere Sicherstellungsmaßnahmen sollten daher vor der Anwendung von der MGV abgezogen werden. Hierdurch würde verhindert, dass die Finanzmittel, die für Sicherstellungsaufgaben vorgesehen sind, durch die Festsetzung der Hausarzt-MGV diesem Bereich entzogen und Bestandteil der Hausarzt-MGV werden. Für die weitere Konkretisierung der hierfür erforderlichen Mittel ist ggf. auch ein Regelungsauftrag an den (erweiterten) Bewertungsausschuss denkbar.

Ebenso dürfen nur diejenigen Honorarauszahlungen im Jahr 2023 berücksichtigt werden, die aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für das Jahr 2023 stammen. So könnte beispielsweise die Auflösung eines außergewöhnlichen hohen Betrages von Rückstellungen aus Vorjahren für die Folgejahre nicht repräsentativ sein und würde das prozentuale Verhältnis zwischen Hausarzt-MGV-Honoraren und MGV-Honoraren aller Ärztinnen und Ärzte z. T. deutlich verfälschen. Ebenfalls müssen aus den Honorarauszahlungen solche Leistungen herausgerechnet werden, die wie NVI-Zahlungen der extrabudgetären Vergütung zuzuordnen sind. Dieses Honorar sollte dann um die insgesamt vereinbarte Veränderung des Behandlungsbedarfs 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).

Dringend geboten ist überdies eine zeitnahe Umsetzung der Entbudgetierung. Statt der bisher geplanten zwei Quartale für die Umsetzung der Entbudgetierung ist nach einhelliger Meinung der KVen auch höchstens ein Quartal (oder weniger) vollkommen ausreichend, sodass eine Verkürzung dieses Zeitraums dringend geboten ist.

### C. § 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.



## D. § 65a SGB V-RefE

Die noch im Referentenentwurf enthaltene Regelung in § 65a SGB V wurde im Kabinettsentwurf ersatzlos gestrichen, was wir kritisch sehen. § 65a SGB V Ref-E sah einen Bonus von mindestens 30 Euro p. a. für Patientinnen und Patienten vor, die an der Hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen. Ungeachtet einer gesetzlich normierten Bonuszahlung in einer bestimmten Höhe, ist es jedenfalls zwingend, die Teilnahme an der HZV zum Gegenstand von Bonusprogrammen der Krankenkassen (§ 65 a SGB V) zu machen und dadurch die HZV zu stärken.

Sinn und Zweck der Regelungen in § 65a SGB V ist es, einen Anreiz für gesundheitsförderndes Verhalten zu schaffen. Voraussetzung ist, dass die/der Versicherte an bestimmten präventiven Maßnahmen oder an Früherkennungsuntersuchungen teilgenommen hat. Die Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung stellt eine Maßnahme der Prävention dar und bildet daher eine sinnlogische Ergänzung der Aufzählung in § 65a SGB V: Für die Hausarztzentrierte Versorgung konnte u. a. bei der Auswertung von Daten wissenschaftlicher Evaluationen<sup>1</sup> der Universitäten Heidelberg und Frankfurt am Main sowie in Untersuchungen von Krankenkassen<sup>2</sup> in den vier existenten Präventionsebenen eine Überlegenheit gegenüber der Regelversorgung nachgewiesen werden: Auszugsweise sei darauf hingewiesen, dass festgestellt wurde, dass im Rahmen der HZV eine höhere Impfquote bezüglich Influenza, insbesondere für Versicherte ab 65 Jahren und für Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner erzielt wird. Der Anteil der Krankenhausaufnahmen mit Hauptdiagnose „Grippe“ oder „Pneumonie“ zeigte sich um ca. 9 % geringer im Vergleich zur Nicht-HZV-Gruppe. Im Bereich sekundärer Prävention zeigten sich in der HZV vormalige Kodierungen von frühen mikrovaskulären Folgen (Nephropathie, Retinopathie) bei Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ2 im Vergleich zur Regelversorgung und damit größere Prävention von makrovaskulären Komplikationen. Im Bereich tertiärer Prävention zeigte sich zudem eine niedrigere Fünf-Jahres-Sterblichkeit bei Patientinnen und Patienten, die an der HZV teilnahmen, als bei einer vergleichbaren Kohorte von nicht teilnehmenden Patientinnen und Patienten. Für den Bereich der quartären Prävention zeigte sich, dass die HZV-Teilnahme mit einer deutlich geringeren Anzahl an unkoordinierten Facharztkontakten, einer geringeren Verordnung von potenziell inadäquaten Medikamenten und einer geringeren Inanspruchnahme des Notdienstes einhergeht.

---

<sup>1</sup> Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) in Baden-Württemberg, Ergebnisbericht, Ausgabe 2020, Universitätsklinikum Heidelberg; Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung sowie Goethe-Universität Frankfurt am Main; Institut für Allgemeinmedizin.

<sup>2</sup> GWQ Service Plus AG (2015 – 2022).





**Tabelle 3 - Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) in Baden-Württemberg: Ergebnisse der querschnittlichen Basisanalysen für das Jahr 2020**

Zielgröße	Unterschied in % Signifikanz – adjustiert –** HZV vs. RV
Hausarztkontakte	+22,68 % p < 0,0001
Facharztkontakte koordiniert	+56,16 % p < 0,0001
Facharztkontakte unkoordiniert	-45,32 % p < 0,0001
Hospitalisierungsrate Durchschnittliche Anzahl der Aufnahmen pro Versicherten	-9,07 % p < 0,0001
Krankenhaustage (Liegezeiten) Durchschnittliche Anzahl der Tage im Krankenhaus pro ein- gewiesenem Versicherten	-5,48 % p < 0,0001
Krankenhaus-Wiederaufnahmen Durchschnittlicher Anteil der Wiederaufnahmen innerhalb von 4 Wochen pro eingewiesenem Versicherten	-8,55 % p < 0,0001
Vermeidbare Krankenhausaufnahmen („ACSCs“) Anteil an ACSC-Aufnahmen in %	-3,91 % p < 0,0001
Stationäre Ausgaben Ausgaben in € pro Versicherten mit stationärem Aufenthalt im Berichtsjahr	-3,74 % p < 0,0001
Medikamentenausgaben im ambulanten Sektor Ausgaben pro Versicherten, Bruttopreise in € ohne Rabatte	-5,94 % p < 0,0001

Quelle: Eigene Darstellung nach: Laux G/ Witte C / Wensing M / Szecsenyi J (2023): Ergebnisbericht zur Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg (2011|bis 2020). Teil 1.

Insofern bildet die Teilnahme an der HZV eine Leistung zur Verminderung von Krankheitsrisiken und sollte daher wieder in § 65a SGB V aufgenommen werden.

Ferner sollte den Krankenkassen, die ihren HZV-Versicherten über die Regelung in § 53 Abs. 3 SGB V einen Vorteil (z. B. Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen) gewähren, die Möglichkeit eröffnet werden, diese Tarife auch weiterhin anbieten zu können. Krankenkassen, die über Tarife nach § 53 Abs. 3 SGB V ihren Versicherten, die an der HZV teilnehmen, Vorteile gewähren, sollten in die Lage versetzt werden, diese Vorteile bei der satzungsmäßigen Ausgestaltung ihrer Bonusprogramme nach § 65a SGB V für die Teilnahme an der HZV, berücksichtigen zu können. Die Regelungen in § 53 Abs. 3 SGB V sind unverändert beizubehalten.



## E. Betreu-Team und Praxisbezug in § 73b SGB V – Praxis-Patienten-Kontakt

Die Versorgung der älter werdenden Bevölkerung wird u. a. aufgrund der rückläufigen Versorgungskapazitäten im hausärztlichen Bereich künftig nicht mehr überall in den bestehenden Praxisstrukturen und -prozessen erfolgen können. Hausärztliche Praxen, und damit der gesamte ambulante ärztliche Versorgungsbereich, leben von Teamarbeit. Anstelle einer Zersplitterung der Versorgung mit immer neuen Schnittstellen voranzutreiben, sollte entsprechend der Versorgungsrealität die Arbeit aller in einer hausärztlichen Praxis Tätigen, des „Betreu-Teams“, gestärkt werden. Im Rahmen der Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V findet unlängst die Arbeit in multiprofessionellen Teams statt, zu dem Patientin und Patient in Kontakt treten und eine hochwertige besondere Versorgung erhalten. Für eine sinnvolle Teamarbeit in den hausärztlichen Praxen braucht es zwingend die Einführung eines Praxis-Patienten-Kontaktes: ergänzend zu der bestehenden Beziehung Arzt-Patient in § 73b SGB V bedarf es auch eines (gesetzlichen) Bezuges Patient und „Betreupraxis“ in der gesetzlichen Formulierung. Es wird daher angeregt, einen neuen § 73b Abs. 4 bzw. eine Ergänzung im sodann neuen § 73b Abs. 7 SGB V zu formulieren und in § 73b SGB V einzufügen:

### § 73b SGB V

.....

*(4) Die Absätze 2 und 3 gelten entsprechend für die Teilnahme von Hausarztpraxen.*

.....

*(7) Die Krankenkassen haben ihre Versicherten in geeigneter Weise umfassend über Inhalt und Ziele der Hausarztzentrierten Versorgung sowie über die jeweils wohnortnah teilnehmenden Hausärzte zu informieren. Satz 1 2. Halbsatz gilt entsprechend für teilnehmende Hausarztpraxen.*

Versorgungsressourcen können so geschont werden und die Versorgungsrealität gesetzlich angemessen abgebildet werden.

## F. Investorenbetriebene Medizinischer Versorgungszentren (iMVZ), § 95 SGB V

Angesichts der Entwicklung, dass MVZ zunehmend in investorenbetriebene Trägerschaft gelangen, wird angeregt, die Gründungsberechtigung und Trägerfunktionen von MVZ im Rahmen des § 95 SGB V anzupassen.

Die hohe Dynamik bei der Gründung von investorenbetriebenen Medizinischen Versorgungszentren (iMVZ) sowie iMVZ-Ketten erfordert zeitnah wirksame Rahmenvorgaben für den Betrieb von MVZ. Diese sollten ermöglichen, einerseits die Vorteile von MVZ weiter nutzen zu können und andererseits die Einflussnahme auf ärztliche Entscheidungen in iMVZ aus kommerziellen Gründen einzuschränken. Der diesbezügliche Handlungsbedarf ergibt sich sowohl aus dem ärztlichen Gelöbnis als auch dem in der ärztlichen Berufsordnung verbrieften Primat des Patientenwohls (vgl. § 2 Abs. 2 MBO-Ärzte) sowie aus der Gemeinwohlorientierung als wesentlichem Merkmal der Freiberuflichkeit. Mit entsprechenden Regulierungsmaßnahmen muss die Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen gegenüber kommerziellen Fehlanreizen strukturell besser abgesichert werden. Zudem muss einer Fokussierung des Versorgungsangebotes auf besonders lukrative Leistungen entgegengewirkt werden. Auch gilt es, die aus Solidarbeiträgen aufgebrachtten Mittel für die Patientenversorgung vor einem Abfluss zu fachfremden nationalen oder internationalen Finanzinvestoren zu schützen.



Es wird aus diesem Grund eine Regelung in § 95 SGB V gefordert, welche die Gründung und Trägerschaft von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) mit dem Ziel der Verhinderung von MVZ in (mittelbarer) Trägerschaft von Finanzinvestoren beschränkt. Dazu gehört zunächst, dass fachgleiche hausärztliche MVZ zukünftig nur noch von Ärztinnen und Ärzten, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen (vgl. § 73 Abs. 1a Satz 1 SGB V) und von Kommunen (oder gemeinsam) gegründet und betrieben werden können. Damit sollen sog. hausärztliche Zuweiser-MVZ in Trägerschaft von Krankenhäusern verhindert werden. Im Übrigen ist eine Beschränkung von Krankenhaus-MVZ auf den fachlichen und vertraglichen Versorgungsauftrag des Krankenhauses sowie auf dessen Planungsbereich vorgesehen. Ausnahmen gelten für einzelne diagnostische Fächer. Anstellungen von Ärztinnen und Ärzten in Krankenhaus-MVZ sollten nur für solche Fachrichtungen zulässig sein, die in dem jeweiligen Krankenhaus hauptamtlich oder zumindest belegärztlich durch Fachabteilungen vertreten sind. Die vorgeschlagene Regelung zielt auf Neuzulassungen ab und berücksichtigt verfassungsrechtliche Vorgaben nach Art. 12 Abs.1 GG. Bestehenden und bereits zugelassenen MVZ ist Bestandschutz zu gewähren.

#### **Ihre Ansprechpartner**

Bundvorsitzende: [markus.beier@haev.de](mailto:markus.beier@haev.de), [nicola.buhlinger-goepfarth@haev.de](mailto:nicola.buhlinger-goepfarth@haev.de)

☎ 030 88 71 43 73-30

Hauptgeschäftsführer und Justiziar: [joachim.schuetz@haev.de](mailto:joachim.schuetz@haev.de)

☎ 02203 97 788-03

Geschäftsführer: [sebastian.john@haev.de](mailto:sebastian.john@haev.de)

☎ 030 88 71 43 73-34

Hausärztinnen- und Hausärzteverband e. V.

Edmund-Rumpler-Straße 2 · 51149 Köln

🌐 [www.haev.de](http://www.haev.de)