Stellungnahme

des Berufsverbandes Deutscher Internistinnen und Internisten e.V. (BDI)

zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG) vom 8. April 2024

Wiesbaden, den 30. April 2024

Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten e.V. (BDI)

Schöne Aussicht 5 · 65193 Wiesbaden
Tel.: 0611. 18133-0 · Fax: 0611. 18133-50
E-Mail: info@bdi.de
Registergericht: Amtsgericht Wiesbaden, Registernummer: VR 1078
Lobbyregister: R001265

Präsidium
Christine Neumann-Grutzeck (Präsidentin)
Dr. med. Norbert Smetak (1. Vizepräsident und Schatzmeister)
PD Dr. med. Kevin Schulte (2. Vizepräsident)

Geschäftsführung
Bastian Schroeder (Geschäftsführer)

Inhaltsverzeichnis

1. Vorbemerkung ... 1

2. Maßnahmen des Gesetzes im Einzelnen ... 2

Artikel 1 Nr. 6 ... 2

§ 65a Absatz 1 Satz 2 SGB V (neu): Bonus für die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung ... 2

Artikel 1 Nr. 8 ... 3

§ 87 Absatz 2b Sätze 5 und 6 SGB V (neu): Versorgungspauschale zur Behandlung chronisch kranker Patientinnen und Patienten ... 3

§ 87 Absatz 2n SGB V (neu): Vorhaltepauschale für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrages ... 4

Artikel 1 Nr. 9 ... 5

§ 87a Absatz 3c SGB V (neu): Entbudgetierung der Leistungen der allgemeinen hausärztliche Versorgung ... 5

Artikel 1 Nr. 14 ... 6

§ 96 Absatz 2a SGB V (neu): Stärkung der Länder im Zulassungsausschuss ... 6

Artikel 1 Nr. 17 ... 7

§ 106b Absatz 2 Satz 2 SGB V (neu): Aufnahme einer Geringfügigkeitsgrenze ... 7

1. Vorbemerkung

Der Referentenentwurf (Stand: 8. April 2024) des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG) zielt darauf ab, sowohl die Gesundheitsversorgung in den Kommunen als auch die individuelle Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu stärken.

Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin sind bundesweit die größte Fachgruppe. Internistinnen und Internisten sind in allen Versorgungsbereichen tätig, das heißt im stationären sowie im hausärztlich- und fachärztlich ambulanten Versorgungsbereich. Vor diesem Hintergrund nimmt der BDI ergänzend zur Stellungnahme des Spitzenverbandes Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa), zu folgenden Maßnahmen im GVSG im Einzelnen Stellung.

2. Maßnahmen des Gesetzes im Einzelnen

Artikel 1 Nr. 6

§ 65a Absatz 1 Satz 2 SGB V (neu): Bonus für die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung

Mit der Erweiterung der Bonusprogramme um die hausarztzentrierte Versorgung (HzV) soll die Teilnahme an dieser speziellen Versorgungsform gestärkt werden. Die Regelung sieht vor, dass die Teilnahme an der HzV künftig zum Erhalt eines Bonus in Höhe von mindestens 30 Euro berechtigt.

Die Krankenkasse muss allerdings auch für diese Leistung nachweisen, dass sich die Aufwendungen für die Boni nach spätestens drei Jahren durch Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die durch die Teilnahme der Versicherten an der HzV erzielt werden, refinanzieren lassen. Werden entsprechende Einsparungen und Effizienzsteigerungen nicht erzielt, dürfen keine weiteren Boni gewährt werden.

Bewertung:

Der BDI begrüßt grundsätzlich Maßnahmen zur Verbesserung einer bedarfsgerechten Steuerung von Patientinnen und Patienten.

Aus Sicht des BDI ist der geplante Versichertenbonus für die Teilnahme an HzV-Verträgen jedoch nicht sachgerecht, soweit der Bonus auch bei nicht vertragskonformem Verhalten der Versicherten gewährt wird. Bislang halten die gesetzlichen Krankenkassen dieses Fehlverhalten ihrer in die HzV-eingeschriebenen Versicherten nicht angemessen nach. Damit bleibt der beabsichtigte Steuerungseffekt in vielen Fällen aus. Vor diesem Hintergrund sieht der BDI das geplante Bonusprogramm kritisch. Die gleichzeitige Bindung der Boni an nachweisbare Einsparungen und Effizienzsteigerungen wird daher begrüßt.

Artikel 1 Nr. 8

§ 87 Absatz 2b Sätze 5 und 6 SGB V (neu): Versorgungspauschale zur Behandlung chronisch kranker Patientinnen und Patienten

Mit der Regelung wird der Bewertungsausschuss beauftragt, abweichend von der quartalsabhängigen Versichertenpauschale für die kontinuierliche Versorgung chronisch kranker Patientinnen und Patienten eine jahresbezogene Versorgungspauschale im EBM zu beschließen. Hierdurch sollen unnötige Arzt-/Praxis-Patienten-Kontakte vermieden und gleichzeitig eine angemessene Honorierung der hausärztlichen Leistungen gewährleistet werden.

Die Versorgungspauschale ist für die Behandlung von Versicherten abrechnungsfähig, bei denen mindestens eine lang andauernde, lebensverändernde Erkrankung vorliegt und/oder die der kontinuierlichen Versorgung mit einem Arzneimittel bedarf. Die Pauschale ist je Versicherten durch nur eine Arztpraxis einmal jährlich abrechnungsfähig und beinhaltet die Vergütung aller Behandlungen für das laufende Quartal, in dem der erste Arzt-/Praxis-Patienten-Kontakt stattfand, sowie für die drei darauffolgenden Quartale. Die Versorgungspauschale ist demnach unabhängig von der Anzahl der Arzt-/Praxis-Patienten-Kontakte abrechnungsfähig.

Bewertung:

Der BDI begrüßt grundsätzlich alle Maßnahmen zusätzlich zur Entbudgetierung, die darauf abzielen, die ambulante haus- und fachärztliche Versorgung zu stärken. Voraussetzung ist jedoch, dass die Maßnahmen einerseits einen Mehrwert für die Versorgung bieten und andererseits einen bedarfsgerechten Mitteleinsatz sowie eine adäquate Vergütung ärztlicher Leistungen bedeuten.

Vor diesem Hintergrund bewertet der BDI die Versorgungspauschale zur Behandlung chronisch Kranker, definiert als Patientinnen und Patienten mit kontinuierlicher Einnahme von mindestens einem Arzneimittel, kritisch. Die jährliche Pauschalvergütung wird damit begründet, dass unnötige Praxiskontakte von Patienten vermieden werden sollen. Die Gesetzesbegründung unterstellt Hausärztinnen und Hausärzten, dass sie Patienten nur aus Abrechnungsgründen und ohne medizinische Notwendigkeit einbestellen. Diese Grundannahme weist der BDI deutlich zurück.

Soweit wirtschaftliche Anreize die Versorgung beeinflussen können, setzt die Umstellung auf Jahrespauschalen einen Anreiz zur Reduzierung der ärztlichen Überwachungsfrequenz einer medizinisch besonders betreuungsintensiven Patientengruppe und damit das falsche Signal.

Der BDI vertritt stattdessen die Beibehaltung des Leistungsprinzips mit höheren Vergütungen für höheren Zeitaufwand in der Behandlung. Aus Sicht des BDI wird die aufwändige hausärztliche Versorgung schwer chronisch Kranker mit Jahrespauschalen wirtschaftlich unattraktiv und kann damit zu einer Verschlechterung der Versorgung führen.

§ 87 Absatz 2n SGB V (neu): Vorhaltepauschale für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrages

Durch die geplante Regelung in Absatz 2n wird der Bewertungsausschuss beauftragt, eine Vergütung zur Vorhaltung der zur Erfüllung von Aufgaben der hausärztlichen Grundversorgung notwendigen Strukturen zu beschließen (Vorhaltepauschale). Darüber hinaus soll der Bewertungsausschuss Kriterien festlegen, die Vertragsärztinnen und -ärzte erfüllen müssen, damit sie die Vorhaltepauschale abrechnen können. Der Bewertungsausschuss kann die Höhe der Vorhaltepauschale in Abhängigkeit der Anzahl der vorliegenden Kriterien in Stufen festlegen.

Bewertung:

Die geplanten Regelungen für eine Vorhaltepauschale für die hausärztliche Grundversorgung sind so angelegt, dass sie eine Förderung breit aufgestellter Hausarztpraxen anstreben, wie sie in den Honorarverteilungsmaßstäben der meisten Kassenärztlichen Vereinigungen bereits umgesetzt ist. Aus Sicht des BDI besteht die Gefahr, dass es im Ergebnis zu Umverteilungen von Finanzmitteln ohne verbessernde Effekte auf die Versorgung kommt, weil die bundeseinheitlichen Kriterien mehr oder weniger stark von den diversen Zielparametern der bestehenden Landesregelungen abweichen. In der Folge kann dies auch bei Hausärztinnen und Hausärzten, die eigentlich von der Regelung begünstigt werden sollen, zu Honorarverlusten führen. Der BDI lehnt eine Umverteilungsregelung ohne positive Versorgungseffekte ab.

Ebenso sieht der BDI kritisch, dass zu den Voraussetzungen der Vorhaltepauschale laut Gesetzesbegründung zum Beispiel „regelmäßige aufsuchende Behandlungen bei Versicherten über 75 Jahre“ gehören sollen, unabhängig davon, ob diese überhaupt notwendig sind. Dies steht aus Sicht des BDI im Widerspruch zu dem als Begründung der oben genannten Versorgungspauschahle angeführten Ziel, unnötige Arzt-Patienten-Kontakte zu vermeiden.

Artikel 1 Nr. 9.

§ 87a Absatz 3c SGB V (neu): Entbudgetierung der Leistungen der allgemeinen hausärztliche Versorgung

Die geplante Regelung zielt darauf ab, die Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung, die im dritten Kapitel des EBM abgebildet sind, einschließlich hausärztlich durchgeführter Hausbesuche von mengenbegrenzenden oder honorarmindernden Maßnahmen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) zu befreien (Entbudgetierung).

Die Regelung orientiert sich an der Regelung, die bereits für Leistungen des Versorgungsbereichs der Kinder- und Jugendmedizin in § 87a Absatz 3b SGB V aufgenommen wurde. Die Krankenkassen werden zur Übernahme der Vergütung dieser Leistungen in voller Höhe nach den Preisen der Euro-Gebührenordnung verpflichtet. Zudem wird der Begriff des „hausärztlichen Leistungsbedarf“ eingeführt, der als der finanzielle Bedarf definiert ist, der sich aus der Summe aller erbrachten und abgerechneten hausärztlichen Leistungen ergibt. Dabei müssen die abgerechneten Leistungen nach sachlicher und rechnerischer Prüfung anerkannt sein. Die Zahlung der MGV soll für die hausärztlichen Leistungen nicht mit befreiender Wirkung erfolgen. Damit soll neben der vollständigen Vergütung aller erbrachten hausärztlichen Leistungen ebenfalls sichergestellt werden, dass die Entbudgetierung nicht zu Lasten anderer Arztgruppen geht.

<u>Bewertung:</u>

Der BDI begrüßt die bereits im Koalitionsvertrag angekündigte und nun geplante Entbudgetierung der hausärztlichen Leistungen nach dem Modell „MGV plus“ ausdrücklich.

Aus Sicht des BDI greift die Maßnahme insgesamt jedoch zu kurz. Neben der hausärztlichen Versorgungsebene sind auch Fachärzte – für die langfristige Betreuung chronisch Kranker internistische Fachärztinnen und Fachärzte – die primäre Anlaufstelle. Für eine effiziente und effektive ambulante Versorgung müssen haus- und fachärztliche Versorgung ineinandergreifen. Dem steht die Budgetierung der Fachärztinnen und Fachärzte entgegen.

Der BDI fordert deshalb zusätzlich die Entbudgetierung aller fachärztlichen Leistungen.

Artikel 1 Nr. 14

§ 96 Absatz 2a SGB V (neu): Stärkung der Länder im Zulassungsausschuss

Der Referentenentwurf sieht vor, die bestehenden Beteiligungsmöglichkeiten der Bundesländer in den Zulassungsausschüssen (Mitberatungsrecht) auszuweiten. Zukünftig sind Beschlüsse der Zulassungsausschüsse nur noch im Einvernehmen mit der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörde zu treffen (Mitentscheidungsrecht).

Bewertung:

Der BDI lehnt die Ausweitung der Länderkompetenzen ausdrücklich ab.

Die geplante Ausweitung untergräbt die bewährten Strukturen der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärztinnen und Ärzten sowie Krankenkassen im Bereich einer ihrer Kernkompetenzen. Aus Sicht des BDI besteht die Gefahr, dass die Einflussnahme von Landesbehörden zu einer Versorgung führt, die von politischen Interessen anstatt von medizinischen Notwendigkeiten geleitet wird. Das gilt insbesondere vor dem Hintergrund der im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) ebenfalls geplanten flächendeckenden Zulassung der Krankenhäuser für die vertragsärztliche Versorgung.

Für eine patientenorientierte und qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung ist die Unabhängigkeit und Handlungsfähigkeit der Zulassungsausschüsse jedoch entscheidend. Daher fordert der BDI, die geplante Regelung ersatzlos zu streichen.

Artikel 1 Nr. 17

§ 106b Absatz 2 Satz 2 SGB V (neu): Aufnahme einer Geringfügigkeitsgrenze

Mit der geplanten Ergänzung soll geregelt werden, dass neben dem Umfang von Wirtschaftlichkeitsprüfungen die Rahmenvorgaben zukünftig verpflichtend auch die Vorgabe zur Aufnahme einer Geringfügigkeitsgrenze in Höhe von 300 Euro in den Prüfvereinbarungen enthalten müssen, bis zu deren Erreichung Wirtschaftlichkeitsprüfungen nicht beantragt werden können. Diese Antragsgrenze soll sich auf je eine Betriebsstätten-Nummer, je Quartal und je Krankenkasse beziehen. Es wird davon ausgegangen, dass durch diese Maßnahme rund 70 Prozent der bislang durchgeführten Prüfverfahren zukünftig entfallen. Diese Maßnahme soll einen wichtigen Beitrag zur Entbürokratisierung darstellen und zur Vereinheitlichung der bestehenden Prüfvereinbarungen führen.

Bewertung:

Der BDI begrüßt die vorgesehene Einführung einer Bagatellgrenze von 300 Euro für Prüfvereinbarungen zur Wirtschaftlichkeit ärztlicher Verordnungen.

Aus Sicht des BDI sind weitere Schritte notwendig, um die Bürokratielast in der vertragsärztlichen Versorgung deutlich zu reduzieren.