

Fragen und Antworten zum GVSG

Dieses Dokument versucht, wesentliche Eckpunkte des GVSG kurz zu beschreiben und Behauptungen/Fragen zum GVSG einzuordnen und zu beantworten.

ENTBUDGETIERUNG

Bringt die Entbudgetierung neues Geld?

Ja, Modellrechnungen des Zi gingen im Frühjahr 2024 von ca. 300 – 350 Mio. Euro zusätzlichen Geldes für die Hausärztinnen und Hausärzte aus. Die Krankenkassen benennen öffentlich sogar 400 – 500 Mio. Euro.

Künftig sollen alle Leistungen aus Kapitel 3 des EBM sowie die Haus- und Heimbesuchsziffern zu 100 % vergütet werden. Nach allen Modellrechnungen der KVen und der KBV ist dies der weit überwiegende Teil (ca. 90 %) aller hausärztlichen Leistungen.

Von der Entbudgetierung würden künftig nicht nur Ballungszentren profitieren, sondern auch Flächenländer wie Baden-Württemberg, Schleswig-Holstein und Sachsen-Anhalt.

Auch in Regionen, die schon heute 100 % der hausärztlichen Leistungen auszahlen können, wirkt die Entbudgetierung positiv. Zum einen garantiert sie 100 % Auszahlungsquoten auch für die Zukunft, zum anderen sendet sie auch ein klares Signal an junge Ärztinnen und Ärzte, dass die hausärztliche Versorgung von der Politik unterstützt wird und wirtschaftlich tragfähig ist.

Führt die Entbudgetierung zu einer Umverteilung?

Nein! Durch die Entbudgetierung droht keine Umverteilung zwischen Hausärzten und Fachärzten. Die Trennungsbeschlüsse zwischen fachärztlichem und hausärztlichem Versorgungsbereich gelten fort und bleiben unangetastet.

Auch innerhalb des hausärztlichen Versorgungsbereichs führt die Entbudgetierung zu keinen unmittelbaren Umverteilungen. Denkbar wäre, dass KVen – sofern die Krankenkassen nicht zur vollständigen Nachzahlung der ausstehenden hausärztlichen Honorare verpflichtet werden (siehe unten) – die sonstigen Leistungen (also nicht Kapitel 3 + Hausbesuche) künftig stärker quotieren müssen, um daraus teilweise die 100 %-Vergütung von Kapitel 3 + Hausbesuche zu finanzieren. Es kann also sein, dass in bestimmten Regionen die sonstigen Leistungen (Psychosomatik, Sonografie, Telefonische Beratung etc.) künftig stärker abgestaffelt werden. Je nach Tätigkeitsschwerpunkt werden unterschiedliche Praxen davon unterschiedlich stark betroffen sein. Ein substantieller Umverteilungseffekt ist davon allerdings nicht zu erwarten.

Geht in Regionen, die bereits heute mehr hausärztliche MGV erhalten, als hausärztlicher Leistungsbedarf abgerechnet wird, künftig Geld verloren?

Nein, die Regelung der sogenannten MGV+ stellt sicher, dass auch KV-Regionen, in denen mehr hausärztliche MGV von den Kassen an die KVen gezahlt als hausärztlicher Leistungsbedarf abgerechnet wird, diese zusätzlichen Mittel weiter ausgeschüttet werden können. Durch die neuen Regelungen im GVSG wird jedoch klar gestellt, dass die Ausschüttung dieser Mittel mit den Krankenkassen verhandelt werden muss. Dabei wird lediglich verhandelt, wofür die Mittel eingesetzt werden, nicht über das „Ob“ der Auszahlung oder die Höhe der auszuschüttenden Finanzmittel. Durch diese Regelung wird ein klarer Prozess der Verhandlungen zwischen Krankenkassen und KV für die Ausschüttung dieser Honorarmittel definiert, der die Rechtsicherheit in diesem Bereich steigert. Das war ein zentraler Punkt, den der Hausärztinnen- und Hausärzteverband durchgesetzt hat.

Wird mit dieser Regelung auch das „problemorientierte ärztliche Gespräch“ (GOP 03230) künftig voll ausbezahlt?

Nein, die Begrenzung der GOP 03230 ergibt sich aus den Regelungen innerhalb des EBM. Diese sind von den geplanten Änderungen im SGB V nicht betroffen. Die Abrechnung des problemorientierten ärztlichen Gesprächs wird somit auch in Zukunft kontingentiert und kann maximal bei der Hälfte der behandelten Patientinnen und Patienten abgerechnet werden. Dieses Problem kann nur die Selbstverwaltung lösen, nicht der Gesetzgeber.

Wie funktioniert die Entbudgetierung technisch?

Für die Umsetzung der Entbudgetierung bei den Hausärztinnen und Hausärzten wird der Mechanismus der sogenannten MGV+ verwendet.

Dabei werden die KVen verpflichtet, alle Leistungen der Kapitel 3 sowie Haus- und Heimbesuche zu 100 % entsprechend der Bewertung im EBM zu den jeweils regionalen Preisen zu vergüten.

Die Krankenkassen, die die MGV normalerweise „mit befreiender Wirkung“ bezahlen, werden verpflichtet, für die Finanzierung dieser entbudgetierten Leistungen Geld nachzuschießen.

Die Nachzahlungspflicht der Krankenkassen ist dabei vergleichsweise kompliziert und hinsichtlich mancher Aspekte nicht klar gesetzlich geregelt. Hier setzen wir uns weiterhin für Klarstellungen durch den Gesetzgeber ein.

Ist die Entbudgetierung schlecht für die HZV?

Nein. Zwar sinkt in Regionen, in denen die KV-Leistungen bisher deutlich budgetiert wurden, der Abstand zwischen dem Fallwert in der HZV und im Kollektivvertrag, aber in der Regel bleibt weiterhin ein Vorteil für die HZV bestehen.

Alle anderen bekannten Argumente (Leistungen entsprechend der hausärztlichen Versorgungslogik, einfache Abrechnungssystematik etc.) bleiben für die Praxen bestehen.

Die Entbudgetierung stärkt überdies unsere Position in den Vertragsverhandlungen, weil eine vertragliche Obergrenze in der HZV nach unserer Einschätzung mit der Einführung der Entbudgetierung im Kollektivvertrag vor keinem Schiedsamt verteidigt werden kann. Die Entbudgetierung schafft überdies Anreize für die Krankenkassen, verstärkt die HZV zu fördern, weil dort kalkulierbare Kosten zu erwarten sind.

(HALB-)JAHRESPAUSCHALE

Betrifft die (Halb-)Jahrespauschale alle hausärztlichen Patientinnen und Patienten?

Nein. Die gesetzliche Regelung sieht vor, dass die (Halb-)Jahrespauschale für Patientinnen und Patienten mit einer chronischen Erkrankung und einem verordneten Medikament und keinem intensiven Betreuungsbedarf gelten soll (sogenannte „Mono-Chroniker/innen“). Dies betrifft laut Berechnungen des Zi maximal ca. 1,5 Mio. Versicherte pro Jahr.

Wenn man dies herunterbricht auf ca. 55.000 Hausärztinnen und Hausärzte, dann versorgt jede Hausärztin/jeder Hausarzt pro Quartal ca. sieben „Mono-Chroniker/innen“. Selbst wenn wir bei einer hohen Fehlertoleranz von der doppelten Zahl ausgehen, wären es immer noch „nur“ ca. 15 „Mono-Chroniker/innen“ pro Quartal. Es handelt sich also um eine überschaubare Gruppe an Patientinnen und Patienten. Bei allen anderen Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen ändert sich nichts! Die bekannten Quartalspauschalen bleiben bestehen!

Wird die (Halb-)Jahrespauschale niedriger bewertet als die Quartalspauschale?

Die Höhe der Pauschale ist nicht gesetzlich festgelegt, sondern wird im Bewertungsausschuss verhandelt. Neben der inhaltlichen Konkretisierung wird hier also auch eine monetäre Bewertung erfolgen.

ABER: Die gesetzliche Regelung stellt klar, dass die (Halb-)Jahrespauschale weder mit Mehr- noch mit Minderausgaben verbunden sein soll. Das heißt einerseits, dass die Krankenkassen leider für die (Halb-)Jahrespauschale kein zusätzliches Geld zur

Verfügung stellen. Andererseits heißt es aber auch, dass die Hausärztinnen und Hausärzte dadurch nicht weniger Geld erhalten sollen. Ein Verlustgeschäft für die hausärztliche Versorgung ist also quasi ausgeschlossen.

Bringt die (Halb-)Jahrespauschale zusätzliches Geld?

Nein. Siehe vorherige Antwort.

Wer entscheidet, ob ein hoher Betreuungsaufwand besteht oder nicht?

Nach welchen Kriterien die Feststellung eines hohen Betreuungsaufwands erfolgt, ist derzeit noch nicht abzusehen. Hier wird der Bewertungsausschuss entsprechende Regelungen treffen müssen. Wir gehen nach aktuellem Stand davon aus, dass diese Entscheidung letztlich in der behandelnden Praxis getroffen werden muss, da nur dort auf Grundlage der Erfahrung und der aktuellen medizinischen und psycho-sozialen Situation der Patientin/des Patienten bewertet werden kann, ob ein hoher Betreuungsaufwand vorliegt.

Ist die (Halb-)Jahrespauschale nicht zwingend mit einem Einschreibemodell verknüpft?

Nein. Die gesetzliche Regelung sieht nicht zwingend eine Einschreibung der „Mono-Chroniker/innen“ vor. Das Gesetz gibt vor, dass die Abrechnung der (Halb-)Jahrespauschale lediglich einmal durch die jeweils behandelnde Praxis erfolgen darf. Die genaue Operationalisierung obliegt hier dem Bewertungsausschuss. Die Einführung der (Halb-)Jahrespauschale stellt somit keine Konkurrenz zur HZV dar.

Was passiert, wenn der Zustand einer Patientin/eines Patienten im Laufe des (Halb-)Jahres schlechter wird?

Sofern sich der Zustand einer Patientin/eines Patienten im Laufe des Behandlungszeitraumes verschlechtert, ist dies in der Regel mit einem erhöhten Betreuungsaufwand verbunden. Die Voraussetzung für die (Halb-)Jahrespauschale ist somit nicht mehr erfüllt, sodass die (Halb-)Jahrespauschale nicht mehr anwendbar sein sollte und stattdessen eine reguläre, quartalsweise Abrechnung erfolgt. Auch hier obliegt die Konkretisierung dem Bewertungsausschuss.

Führt die (Halb-)Jahrespauschale zu massiven Verlusten bei den diabetologischen Schwerpunktpraxen (bzw. anderen Schwerpunktpraxen im hausärztlichen Versorgungsbereich)?

Nein. Zum einen betrifft die (Halb-)Jahrespauschale lediglich die oben benannten „Mono-Chroniker/innen“, also eher deutlich leichtere Fälle, die i. d. R. nicht durch (diabetologische) Schwerpunktpraxen versorgt werden.

Sollte eine Patientin/ein Patient, welche / welcher der Definition „Mono-Chroniker/in“ entspricht, gleichwohl ausschließlich in einer (diabetologischen) Schwerpunktpraxis in Behandlung sein, kann diese auch die (Halb-)Jahrespauschale abrechnen, sofern sie im hausärztlichen Versorgungsbereich tätig ist.

Die öffentlichen Positionierungen der Verbände, die die diabetologischen Schwerpunktpraxen vertreten, sind vor diesem Hintergrund nicht nachvollziehbar. Diesbezüglich sind wir bereits mit den entsprechenden Akteuren im Austausch.

VORHALTEPAUSCHALE

Sind die Anforderungen, um die Vorhaltepauschale zu erhalten nicht viel zu hoch?

Die Anforderungen für die Abrechnung der Vorhaltepauschale sind im Gesetz nicht abschließend beschrieben. Vielmehr wird der Bewertungsausschuss beauftragt, Kriterien zu definieren, die jene Praxen erfüllen, die vollumfänglich an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen. Diese Kriterien sollen dann zusammengefasst in Stufen oder einzeln mit Zuschlägen versehen werden. Welche Kriterien dies genau sind, ist im Gesetz nicht festgelegt. Laut Gesetz sollen die Kriterien insbesondere eine bedarfsgerechte Versorgung mit Haus- und Pflegeheimbesuchen, bedarfsgerechte Praxisöffnungszeiten, das vorrangige Erbringen von Leistungen aus dem hausärztlichen Fachgebiet, eine Mindestanzahl an zu versorgenden Versicherten sowie die regelmäßige Nutzung von Anwendungen der Telematikinfrastruktur umfassen. Die konkrete Ausgestaltung obliegt dann dem Bewertungsausschuss.

Führt die Vorhaltepauschale nicht zu deutlichen Verlusten für die Hausärztinnen und Hausärzte, die die Anforderungen nicht erfüllen?

Da die Kriterien noch nicht definiert sind, sind hier kaum verbindliche Aussagen möglich. In Modellrechnungen des Zi mit plausiblen Kriterien führte eine Vorhaltepauschale zu Umverteilungen von +/- 5 % zwischen unterschiedlichen Praxistypen.

Unterm Strich ist jedoch quasi ausgeschlossen, dass die hausärztliche Versorgung insgesamt Geld durch diese Regelung verliert. Im Gesetz ist klar geregelt, dass die Vorhaltepauschale weder mit Mehr- noch mit Minderausgaben verbunden sein soll. Das heißt einerseits, dass die Krankenkassen auch hier leider kein zusätzliches Geld

zur Verfügung stellen. Andererseits bedeutet es aber auch, dass die Hausärztinnen und Hausärzte dadurch nicht weniger Geld erhalten sollen.

Führt die Vorhaltepauschale zu massiven Verlusten bei den diabetologischen Schwerpunktpraxen (bzw. anderen Schwerpunktpraxen im hausärztlichen Versorgungsbereich)?

Nein. In den oben benannten Modellrechnungen des Zi würden viele diabetologische Schwerpunktpraxen sogar von einer Vorhaltepauschale profitieren, da sie i. d. R. die Mehrheit der Kriterien erfüllte und damit Zuschläge erhalten hätte.

Die öffentlichen Positionierungen der Verbände, die die diabetologischen Schwerpunktpraxen vertreten, sind vor diesem Hintergrund nicht nachvollziehbar. Diesbezüglich sind wir bereits mit den entsprechenden Akteuren im Austausch.

Doppelt sich die Vorhaltepauschale nicht mit der bestehenden „Zusatzpauschale für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags“ (EBM GOP 03040)?

Ja, die GOP 03040 adressiert ähnliche Bereiche wie die geplante Vorhaltepauschale. Aus diesem Grund stellt der Gesetzgeber auch klar, dass die Vorhaltepauschale künftig die GOP 03040 ersetzen soll. Möglich ist aber, dass Teile der Inhalte und Anforderungen der GOP 03040 auch in der neuen Vorhaltepauschale wieder aufgegriffen werden.