



Serie GKV-VSG  
Folge 4

# Stärkung der hausärztlichen Belange

Mit dem Versorgungsstärkungsgesetz bleibt der Gesetzgeber seiner Linie treu: Er will die hausärztliche Versorgung weiter stärken. So sollen auf KBV-Ebene ausschließlich **Hausärzte über hausärztliche Belange entscheiden**. Die Details dazu soll die KBV allerdings selbst in ihrer Satzung regeln.



*Prof. Bernd Halbe,  
Rechtsanwalt und  
Gründer der Kanzlei  
Dr. Halbe - Rechtsan-  
wälte Köln/Berlin*



*Joachim Schütz,  
Rechtsanwalt  
und Justiziar  
Deutscher Haus-  
ärzteverband e. V.*

Mit dem Versorgungsstärkungsgesetz (VSG) tut sich nicht nur etwas in der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV), sondern auch im kollektivvertraglichen System. Hier werden die für die hausärztliche Tätigkeit maßgeblichen Rahmenbedingungen kontinuierlich weiterentwickelt. Neben dem „Dauerbrenner“ Trennung der Gesamtvergütungen werden jetzt etwa die Organisationsstrukturen in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), die Erweiterung der delegierbaren Leistungen und das für die hausärztliche Tätigkeit praxisrelevante Entlassmanagement weiterentwickelt und verbessert.

## Hausärztliche Interessenvertretung in der KBV verbessern

In der Vertreterversammlung der KBV sollen über die Belange, die ausschließlich die haus-

ärztliche Versorgung betreffen, nur die Vertreter der Hausärzte abstimmen, über die Belange, die ausschließlich die fachärztliche Versorgung betreffen, nur die Vertreter der Fachärzte. Diese Regelung war ursprünglich auch für die regionalen KVen vorgesehen. Bei gemeinsamen Abstimmungen sollen die Stimmen so gewichtet werden, dass insgesamt eine Parität der Stimmen zwischen Vertretern der Hausärzte und Vertretern der Fachärzte in der Vertreterversammlung besteht. Es bleibt abzuwarten, ob und wie diese Neuerungen wirken und was die Vertreterversammlung der KBV daraus macht. Soll doch „das Nähere“ dazu in der Satzung der KBV geregelt werden.

Aufgrund der stetig steigenden Zahl angestellter Ärztinnen und Ärzte sollen KV/KBV künftig einen Fachausschuss für angestellte Ärzte – gesetzlich verpflichtend – bilden.

## Neuerungen beim Honorar: EBM, MGV und HVM

**EBM - erweiterte Delegationsmöglichkeiten:** Der Umfang der an qualifizierte Praxismitarbeiter delegierbaren Leistungen wird erweitert und soll, durch Aufnahme entsprechender Positionen in den EBM, angemessen vergütet werden. Hierzu wird der Bewertungsausschuss beauftragt, im EBM entsprechende delegierbare Leistungen nebst Vergütungen zu beschreiben – und zwar sowohl für den haus- als auch für den fachärztlichen Versorgungsbereich.

**Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung - Vereinbarung einer basiswirksamen Erhöhung des für 2016 angepassten Aufsatzwertes:** Die Bedingungen für die jährliche Anpassung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) werden als Reaktion auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes gesetzlich konkretisiert. Das BSG hatte am 13. August 2014 entschieden, dass es für die Neubestimmung der Vergütung ohne Anknüpfung an die Vorjahresbasis keine gesetzliche Grundlage gibt (Az. B 6 KA 6/14 R). Diese Konkretisierung findet sich künftig in § 87a Absatz 4a SGB V. Danach soll eine einmalige basiswirksame Erhöhung der MGV – mit Wirkung ab dem 01. Januar 2017 – auf der Grundlage eines für das Vorjahr (2016) angepassten Aufsatzwertes nur möglich sein, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- **Verhandlungsvoraussetzung:** Bezogen auf das Jahr 2014 muss die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung je Versicherten mit Wohnort im Bezirk der jeweiligen KV den Bundesdurchschnitt unterschreiten.
- **Nachweispflicht:** Der jeweiligen KV obliegt die Nachweispflicht, ob und in welchem Umfang der Aufsatzwert im Jahr 2014 unbegründet zu niedrig war.
- **Ergebnisbegrenzung:** Kommt nach den beiden vorgenannten Bedingun-

gen eine Erhöhung der MGV in Betracht, ist diese nach oben begrenzt. Im Ergebnis darf die für das Jahr 2014 berechnete durchschnittliche, mithin an alle KVen entrichtete, MGV je Versicherten nicht überschritten werden.

### Trennung der Gesamtvergütung – klare Abgrenzung des hausärztlichen und fachärztlichen Anteils an der MGV:

Die Trennung der Gesamtvergütung in einen haus- und fachärztlichen Anteil wird konsequent weiterentwickelt. Um die Rolle der Hausärzte zu stärken, mindern die jeweils aus dem anderen Leistungsbereich erbrachten Leistungen der Haus- und Fachärzte künftig nicht mehr den jeweils anderen Teil der Gesamtvergütung. Mit Blick auf die hierzu erlassene Rahmenvorgabe der KBV zur „Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung“ will der Gesetzgeber seine Grundentscheidung untermauern, wonach die Honorarverteilungsmaßstäbe der einzelnen KVen so auszugestalten sind, dass eine klare und dauerhafte Trennung der hausärztlichen und fachärztlichen Vergütung mit jeweils eigenständiger Weiterentwicklung erreicht werden kann.

### Förderung kooperativer Versorgungsstrukturen:

Durch die Honorarverteilungsmaßstäbe sollen die KVen stärker als bisher kooperative Behandlungen von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen fördern. So sollen etwa für Praxisnetze, die von der KV anerkannt sind, gesonderte Vergütungsregelungen verpflichtend vorgesehen werden. Ferner sollen für solche Praxisnetze auch eigene Honorarvolumen als Teil der MGV gebildet werden können. Auf Bundesebene kann die KBV im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenver-

band verbindliche Vorgaben für die qualitativen Anforderungen solcher kooperativen Versorgungsformen festlegen.

## Krankenhaus-Entlassmanagement

In Gestalt eines Entlassplans soll ein Entlassmanagement etabliert werden, um den Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung zu unterstützen. Dieses Entlassmanagement soll auch ein Verordnungsrecht der Krankenhäuser umfassen, um eine durchgehende Versorgung mit Arzneimitteln (Packung mit dem kleinsten Packungsgrößenkennzeichen), häuslicher Krankenpflege,

Heilmitteln, Hilfsmitteln für einen Zeitraum von bis zu sieben Tagen zu sichern. Das Nähere sollen Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), KBV und GKV-Spitzenverband regeln.

*Eine klare und dauerhafte Trennung der Gesamtvergütung ist dem Gesetzgeber wichtig.*

Kliniken sollen mit Vertragsärzten vereinbaren können, dass die Vertragsärzte die Aufgaben des Entlassmanagements übernehmen. Unabhängig davon, wer die Aufgaben des Entlassmanagements wahrnimmt, haben Versicherte gegenüber ihrer Krankenkasse Anspruch auf Unterstützung im Zusammenhang mit ihrer Klinikentlassung.

**Cave:** Für die notwendige Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten für das Entlassmanagement bedarf es der vorherigen schriftlichen Einwilligung der Versicherten.

In „Der Hausarzt“ 13/2015 lesen Sie, welche Änderungen sich durch das GKV-VSG bei **Wirtschaftlichkeitsprüfungen** ergeben.