Hausärztinnen- und Hausärzteverband

Stellungnahme
Hausärztinnen- und Hausärzteverband e. V.

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit für ein Gesetz zur Modernisierung der Hilfsmittelversorgung und Maßnahmen zum Bürokratierückbau (Hilfsmittelmodernisierungs- und Bürokratierückbaugesetz – HiB)

16. November 2026

In unserer nachfolgenden Stellungnahme konzentrieren wir uns auf die Regelungen des Referentenentwurfes für ein Gesetz zur Modernisierung der Hilfsmittelversorgung und Maßnahmen zum Bürokratierückbau (Hilfsmittelmodernisierungs- und Bürokratierückbaugesetz – HiB), die von besonderer Bedeutung für die Hausärztinnen und Hausärzte sind. Ergänzungen, insbesondere in der Anhörung am 17. November 2026, behalten wir uns vor.

Allgemeines

Der Referentenentwurf für ein Hilfsmittelmodernisierungs- und Bürokratierückbaugesetz zeigt aus Sicht des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes das Bestreben, zu einer Entbürokratisierung und Weiterentwicklung der Versorgung beizutragen. Insbesondere die vorgesehene Bagatellgrenze, die Erleichterungen bei der Hilfsmittelversorgung, der Wegfall wiederkehrender Nachweispflichten für chronisch kranke Menschen sowie die Vereinfachung der Disease-Management-Programme (DMP) sind geeignet, Patientinnen und Patienten spürbar zu entlasten.

Ausdrücklich positiv bewertet wird der für DMP vorgesehene Kontrahierungszwang, der sich bereits in der Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V bewährt hat. Um bestehende Versorgungsstrukturen besser zu nutzen, sollten neben den Kassenärztlichen Vereinigungen auch die Hausärztinnen- und Hausärzteverbände als mögliche Vertragspartner berücksichtigt werden.

Ebenfalls ausdrücklich begrüßt wird die Einführung einer Bagatellgrenze von 300 Euro bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen, mit der eine langjährige Forderung des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes aufgegriffen wird und unnötige Prüfverfahren vermieden werden. Allerdings sollte die Anknüpfung an die Betriebsstättennummer ersetzt werden durch eine Bezugnahme auf die lebenslange Arztnummer (LANR), um größere Praxen nicht zu benachteiligen.

Kritisch betrachtet wird die Erprobung eines physiotherapeutischen Direktzugangs ohne vorherige ärztliche Diagnose und Verordnung. Dies birgt Risiken für die Patientensicherheit und steht in einem Spannungsverhältnis zur koordinierenden Funktion der hausärztlichen Primärversorgung.

Nachbesserungsbedarf besteht hinsichtlich der verbindlichen Einbindung der behandelnden Hausarztpraxis, da § 64f SGB V-neu bislang keine Verpflichtung zur zeitnahen und strukturierten Information über Befunde, Therapie und Behandlungsverlauf vorsieht. Eine entsprechende Regelung sollte nach dem Vorbild des § 125a Abs. 2 Nr. 7 SGB V aufgenommen werden, um Informationsbrüche zu vermeiden und die hausärztliche Koordinierungsfunktion sicherzustellen.

I. Kommentierung einzelner Regelungen

A. Artikel 1 SGB V – § 33 Absatz 1, 5c SGB V-neu

Beabsichtigte Neuregelung

§ 33 SGB V wird hinsichtlich der Hilfsmittelversorgung neu gefasst und sieht insbesondere eine stärkere Orientierung an Qualitätsanforderungen sowie Vereinfachungen bei der Kostenübernahme und Genehmigung vor. Bei Vorliegen einer entsprechenden Hilfsmittelempfehlung eines Sozialpädiatrischen Zentrums (SPZ) oder Medizinischen Behandlungszentrums für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB) soll künftig keine zusätzliche vertragsärztliche Verordnung mehr erforderlich sein. Empfiehlt eine Ärztin/ein Arzt, die/der in einem solchen Zentrum tätig ist, ein Hilfsmittel, wird dessen medizinische Erforderlichkeit gesetzlich vermutet.

Bewertung

Der Hausärztinnen- und Hausärzteverband bewertet § 33 Abs. 5c SGB V-neu zu den Hilfsmittelempfehlungen grundsätzlich positiv, da Hausärztinnen und Hausärzte durch die gesetzliche Vermutungsregelung administrativ entlastet werden, und insbesondere die Beweislast und aufwendige Begründungspflicht für komplexe Hilfsmittel weitgehend auf spezialisierte Zentren und Krankenkassen übergehen, und eine schnellere Versorgung der Patientinnen/Patienten ermöglicht wird. Da die Krankenkassen im Rahmen des Genehmigungsverfahrens in derartigen Fällen nur noch sehr eingeschränkte Prüfkompetenzen haben und weniger Prüfungen durch den MD stattfinden, ist auch mit weniger zeitraubenden Nachfragen zur medizinischen Rechtfertigung zu rechnen.

Gleichwohl bergen Hilfsmittelempfehlungen auch Risiken für einen kontinuierlichen Informationsfluss in der Behandlung, Rechtsunsicherheiten und neue Reibungspunkte gegenüber der koordinierenden Hausarztpraxis: Wenn spezialisierte Zentren Hilfsmittel eigenständig empfehlen, erfährt die behandelnde Hausarztpraxis oft nicht zeitnah, welche Hilfsmittel der Patient tatsächlich nutzt, sodass die zentrale Steuerungsfunktion in der behandelnden Hausarztpraxis geschwächt wird und die dortige Therapieübersicht verloren geht. Es wird daher dringend angeregt, eine ausdrückliche gesetzliche Pflicht zur zeitnahen, strukturierten Information der behandelnden Hausarztpraxis, etwa durch einen Befund- und Behandlungsbericht zu implementieren.

Zudem ergeben sich Rechtsunsicherheiten – insbesondere mit Blick auf den Rechtscharakter und die rechtliche Bindungswirkung einer Hilfsmittelempfehlung – die beseitigt werden müssen: Klarstellungsbedürftig ist insbesondere, wie Hilfsmittelempfehlungen von ärztlichen Verordnungen abzugrenzen sind, ob (Haus-)ärztinnen/ärzte an diese gebunden sind (u. a. auch bezogen auf mögliche Prüfpflichten, Verantwortlichkeiten, Haftungs-/Regressrisiken oder auch Folgeverordnungen), wie das Konkurrenzverhältnis zu ärztlichen Verordnungen aussieht (ggf. bei anschließender oder abweichender ärztlicher Verordnung), ob die gesetzlichen Krankenassen die Kosten übernehmen.

Des Weiteren ergeben sich neue Reibungspunkte, Mehrarbeit, erhöhter Beratungs- und Diskussionsbedarf durch (ggf. weitergeleitete) Rückfragen oder Rückläufer, die zu vermeiden sind: Wenn z. B. spezifische Zentren ihre Empfehlungen nur unvollständig formulieren oder Krankenkassen die Neuregelung unterschiedlich auslegen, landen Rückfragen/Rückläufer von (Hilfsmittel-)Leistungserbringern oder Krankenkassen häufig in Hausarztpraxen, die dann zwischen Zentrum, Krankenkasse und Patient zeitaufwändig zu vermitteln haben.

B. Artikel 1 SGB V – § 62 SGB V-neu

Beabsichtigte Neuregelung

Nach § 62 Abs. 1 S. 6, 7 SGB V-neu sind Krankenkassen verpflichtet, bei der reduzierten Belastungsgrenze für chronisch kranke Menschen für mindestens drei Jahre auf einen erneuten jährlichen Nachweis zu verzichten, wenn die notwendigen Feststellungen bereits getroffen wurden und keine Anhaltspunkte für einen Wegfall der chronischen Erkrankung vorliegen.

Bewertung

Der Hausärztinnen- und Hausärzteverband begrüßt diese Neuregelungen, da dadurch Patientinnen und Patienten, die sich wegen dauerhaft bestehender chronischer Erkrankungen in Dauerbehandlung befinden, von unnötigen Nachweis- und Mitwirkungspflichten entlastet werden. Gleichzeitig werden auch unnötige Praxis-Patienten-Kontakte vermieden und die Hausarztpraxen entlastet.

C. Artikel 1 SGB V – § 64f SGB V-neu

Beabsichtigte Neuregelung

Mit § 64f SGB V-neu sollen Modellvorhaben zum Direktzugang zur Physiotherapie ermöglicht werden, bei denen entsprechend qualifizierte Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten auch ohne vorherige ärztliche Diagnosestellung oder Verordnung eigenverantwortlich über die Notwendigkeit sowie Art, Dauer und Frequenz der Behandlung entscheiden können. Die Modellvorhaben sind auf drei Jahre befristet und sollen wissenschaftlich begleitet und evaluiert werden.

Bewertung

Der Hausärztinnen- und Hausärzteverband bewertet die vorgesehene Erprobung eines Direktzugangs zur Physiotherapie in Teilen kritisch. Die Stärkung der eigenverantwortlichen Tätigkeit entsprechend qualifizierter Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, insbesondere hinsichtlich Art, Dauer und Frequenz der Behandlung, ist grundsätzlich zu begrüßen und im Zuge der sogenannten Blanko-Verordnung bereits vielfach erprobt. Kritisch wird hingegen gesehen, dass die Feststellung der physiotherapeutischen Behandlungsbedürftigkeit ohne vorherige ärztliche Diagnostik und Verordnung erfolgen soll. Dies birgt Risiken für die Patientensicherheit und steht in einem Spannungsverhältnis zur koordinierenden Funktion der hausärztlichen Primärversorgung.

Ausdrücklich zu begrüßen ist, dass die Gesetzesbegründung klarstellt, dass die physiotherapeutische Diagnostik eine ärztliche Differenzialdiagnose nicht ersetzt und bei Hinweisen auf ärztlich abklärungsbedürftige Erkrankungen eine unverzügliche ärztliche Vorstellung zu veranlassen ist. Diese Sicherungsmechanismen sind unverzichtbar. Allerdings können sich hinter zunächst funktionell erscheinenden Beschwerden auch ernsthafte Grunderkrankungen verbergen, deren Erkennung eine umfassende ärztliche Beurteilung erfordert. Daher bedarf es klarer und verbindlicher Kriterien für die Grenzen der physiotherapeutischen Diagnostik sowie für das Erfordernis ärztlicher Abklärung.

Nachbesserungsbedarf wird hinsichtlich der Einbindung der behandelnden Hausärztinnen und Hausärzte gesehen. Zwar sieht § 64f Abs. 3 Nr. 3 SGB V-neu Vereinbarungen über Inhalt und Umfang der interprofessionellen Zusammenarbeit vor.

Eine ausdrückliche Verpflichtung zur zeitnahen und strukturierten Information der behandelnden Hausarztpraxis über die erhobenen Befunde, die eingeleitete Therapie und deren Verlauf ist jedoch nicht vorgesehen. Hier besteht die Gefahr von Informationsbrüchen, die der hausärztlichen Primärversorgungs- und Koordinierungsfunktion zuwiderlaufen.

Als gesetzliches Vorbild könnte in diesem Zusammenhang § 125a Abs. 2 Nr. 7 SGB V herangezogen werden: Dieser sieht für die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung bereits Regelungen zur Information der Ärztin bzw. des Arztes vor, insbesondere über die Behandlung und die Notwendigkeit eines erneuten Arztkontaktes. Dieser Gedanke muss erst recht für Modellvorhaben gelten, in denen eine physiotherapeutische Behandlung ohne vorherige ärztliche Verordnung erfolgt.

D. Artikel 1 SGB V – § 73b SGB V-neu

Beabsichtigte Neuregelung

Der Referentenentwurf sieht in § 73b Abs. 4 SGB V-neu eine Neuordnung des HZV-Schiedsverfahrens vor: Die bisherigen Regelungen zur Bestimmung der Schiedsperson, zu Kosten und Rechtsschutz werden durch Verweis auf den neuen § 71a SGB V vereinheitlicht und § 73b Abs. 4a SGB V aufgehoben, wobei das besondere Antragserfordernis der Gemeinschaft erhalten bleibt.

Bewertung

Der Hausärztinnen- und Hausärzteverband bewertet die Neuregelungen – insbesondere das Antragserfordernis – positiv, da ein Schiedsverfahren nur auf ausdrückliches Verlangen einer Partei eingeleitet wird. Dadurch bleibt die Privatautonomie weitestgehend gewahrt und es werden einvernehmliche Lösungen gefördert: Insbesondere behalten die Parteien die Kontrolle darüber, ob und wann sie Verhandlungen für gescheitert erklären. Da das Verfahren nicht automatisch startet, bleibt den Parteien Zeit für direkte Verhandlungen. Ferner werden unnötige Kosten und Bürokratie vermieden. Zudem führt ein Antragserfordernis häufig zu einer besseren Abgrenzbarkeit des Streitgegenstandes und Planbarkeit.

E. Artikel 1 SGB V – § 106b Abs. 2 Satz 2 SGB V-neu

Beabsichtigte Neuregelung

Nach § 106b Abs. 2 S. 2 SGB V-neu soll bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen ärztlich verordneter Leistungen künftig eine Bagatellgrenze von 300 Euro gelten. Bis zu diesem Betrag sollen die Krankenkassen keine Prüfungen beantragen können.

Bewertung

Der Hausärztinnen- und Hausärzteverband begrüßt diese Neuregelung grundsätzlich sehr, da dadurch eine langjährige Forderung des Verbandes aufgegriffen wird. Praxen können folglich nicht mehr wegen Klein- und Kleinstbeträgen in langwierige und aufwendige Prüfverfahren gezwungen werden.

Erheblicher Nachbesserungsbedarf besteht allerdings hinsichtlich der vorgesehenen Anknüpfung der Bagatellgrenze an die Betriebsstättennummer (BSNR). Diese führt dazu, dass die Grenze unabhängig von der Anzahl der in einer Praxis tätigen Ärztinnen und Ärzte nur einmal je Betriebsstätte, Krankenkasse und Quartal zur Anwendung kommt.

Damit werden größere Berufsausübungsgemeinschaften und andere Praxisstrukturen mit mehreren ärztlichen Leistungserbringern gegenüber Einzelpraxen strukturell benachteiligt. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund der zunehmenden Bedeutung kooperativer Versorgungsformen nicht sachgerecht.

Der Hausärztinnen- und Hausärzteverband fordert daher, die Bagatellgrenze an die lebenslange Arztnummer (LANR) statt an die Betriebsstättennummer (BSNR) zu knüpfen. Dies würde der individuellen ärztlichen Verordnungsverantwortung besser Rechnung tragen, eine gleichmäßige Entlastung unabhängig von der gewählten Praxis- und Organisationsform gewährleisten und verhindern, dass gerade größere hausärztliche Versorgungsstrukturen weiterhin überproportional mit Prüfverfahren belastet werden. Nur durch eine solche Anpassung kann das mit der Neuregelung verfolgte Ziel eines wirksamen und praxisgerechten Bürokratieabbaus konsequent erreicht werden. Alle Berechnungen zu potenziellen Entlastungseffekten bzw. minimalen Mehrkosten der GKV bezogen sich überdies nach unserer Kenntnis auf LANR.

F. Artikel 1 SGB V – § 106d Abs. 5 S. 3 SGB V-neu

Beabsichtigte Neuregelung

Nach § 106d Abs. 4a, 5 S. 3 SGB V-neu werden die in der Abrechnungsprüfung einzuhaltenden Fristen geregelt: Krankenkassen müssen nun den Antrag innerhalb von 18 Monaten nach Erlass des Honorarbescheides an die Prüfungsstelle stellen, die Prüfungsstelle hat die Vorabprüfung innerhalb von sechs Monaten zu entscheiden, die KV hat innerhalb von sechs Monaten zu entscheiden; d. h. das gesamte Antragsverfahren muss wie in der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach 30 Monaten bzw. zweieinhalb Jahren abgeschlossen sein. Die Prüfungsstelle nach § 106c SGB V wird mit einer Vorabprüfung auch in die Abrechnungsprüfung eingebunden.

Bewertung

Der Hausärztinnen- und Hausärzteverband begrüßt es grundsätzlich, dass auch in der Abrechnungsprüfung Ausschlussfristen vorgegeben werden sollen, um das Verfahren wie in der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 Abs. 3 SGB V zu beschleunigen und den Vertragsärztinnen/Vertragsärzten mehr finanzielle Sicherheit zu geben.

Gleichwohl wird kritisch bewertet, dass die beiden nur internen Prüffristen von Prüfungsstelle und KV schlussendlich doch dazu führen, dass im Außenverhältnis zur Ärztin/zum Arzt die Vertrauensschutzfrist von derzeit zwei Jahren ab Erlass des Honorarbescheides auf zweieinhalb Jahre verlängert statt verkürzt wird. Vor diesem Hintergrund wird angeregt, diese Vertrauensschutzfrist im Außenverhältnis zur Ärztin/zum Arzt entsprechend anzupassen, um das Verfahren tatsächlich zu beschleunigen. Zudem fordern wir auch hier die Einführung angemessener Bagatellgrenzen analog zu § 106b SGB V-neu.

G. Artikel 1 SGB V – § 118 Abs. 3 SGB V-neu

Beabsichtigte Neuregelung

Nach § 118 Abs. 3 SGB V-neu soll die Überweisung an psychosomatische Institutsambulanzen auch durch eine Hausärztin / einen Hausarzt erfolgen können. Die Regelung wird auf zwei Jahre befristet.

Bewertung

Der Hausärztinnen- und Hausärzteverband begrüßt grundsätzlich diese Neuregelung zur Überweisungsmöglichkeit durch die Hausärztin/den Hausarzt, da Patienten mit psychosomatischem Behandlungsbedarf häufig in den Hausarztpraxen vorstellig werden und dadurch eine effektive Patientensteuerung gewährleistet und der Zugang zu derartigen Ambulanzen erleichtert und beschleunigt werden. Gleichzeitig wird angeregt, die Regelung nicht lediglich auf zwei Jahre zu befristen. Zudem wird in Bezug auf § 118 Abs. 3 S. 8 SGB V-neu gefordert, dass der Hausärztinnen- und Hausärzteverband bei der Definition der Patientengruppe ins Benehmen zu setzen ist, um die hausärztliche Expertise angemessen einbringen zu können sowie der hausärztlichen Steuerungsfunktion innerhalb der Primärversorgung auch an dieser Stelle ausreichend Rechnung zu tragen.

H. Artikel 1 SGB V – § 127 Abs. 1, 11 S. 4 SGB V-neu

Beabsichtigte Neuregelung

Nach § 127 Abs. 1 SGB V-neu haben der GKV-Spitzenverband und die für die Wahrnehmung der Interessen der Hilfsmittel-Leistungserbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene einen Rahmenvertrag zur Vereinfachung und Vereinheitlichung administrativer Prozesse in der Hilfsmittelversorgung zu schließen und bestimmte Inhalte zu regeln (u. a. über die notwendigen Regelungen für die Verwendung von Verordnungen von Leistungen nach § 33 in elektronischer Form, vgl. § 127 Abs. 1 S. 3 Nr. 6 SGB V-neu).

Nach § 127 Abs. 11 S. 4 SGB V-neu können Krankenkassen auch den Vertragsärztinnen/-ärzten die nach Abs. 11 Satz 1 bis 3 entsprechenden Informationen (u. a. über Rechte, Pflichten und Ansprüche im Zusammenhang mit einer medizinisch notwendigen Hilfsmittelversorgung) zur Verfügung stellen.

Bewertung

Die Neuregelungen nach § 127 Abs. 1, 11 S. 4 SGB V-neu sind aus Sicht des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes grundsätzlich zu begrüßen, um Informations- und Transparenzlücken bei Hausärztinnen/Hausärzten über die Hilfsmittelversorgung zu schließen (insb. wegen der Produktvielfalt, der Vielzahl unterschiedlicher Verträge).

Angeregt wird, auch Regelungen zur zeitnahen und strukturierten Information der behandelnden Hausarztpraxis über die Hilfsmittelversorgung – insbesondere eine Rückkoppelung nach der Verordnung von Hilfsmittelleistungen – im Rahmenvertrag aufzunehmen, da andernfalls die Gefahr von Informationsbrüchen besteht, die der hausärztlichen Primärversorgungs- und Koordinierungsfunktion zuwiderlaufen.

Ferner sollte § 127 Abs. 11 S. 4 SGB V-neu dahingehend umformuliert werden, dass Krankenkassen auch den Vertragsärztinnen/-ärzten die nach Abs. 11 S. 1 bis 3 entsprechenden Informationen zur Verfügung stellen „müssen“ (statt können).

I. Artikel 1 SGB V – § 132d Abs. 1 SGB V-neu

Beabsichtigte Neuregelung

Nach § 132d Abs. 1 SGB V-neu vereinbart der GKV-Spitzenverband mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und Palliativversorgung auf Bundesebene einen einheitlichen Rahmenvertrag.

Bewertung
Die Neuregelung wird vom Hausärztinnen- und Hausärzteverband grundsätzlich begrüßt. Gleichzeitig regen wir aber an, § 132d Abs. 1 S. 4 SGB V-neu dahingehend zu ergänzen, dass auch dem Hausärztinnen- und Hausärzteverband Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben werden muss, um die hausärztliche Expertise angemessen einbringen zu können sowie der hausärztlichen Steuerungsfunktion innerhalb der Primärversorgung auch in Bezug auf diese besondere Patientengruppe ausreichend Rechnung zu tragen.

J. Artikel 1 SGB V – § 299 Abs. 1b SGB V-neu

Beabsichtigte Neuregelung
Zur gesetzlichen Qualitätssicherung soll nach § 299 Abs. 1b SGB V-neu das Once-Only-Prinzip eingeführt werden: Danach sollen Daten verfahrensübergreifend nur noch einmal von Leistungserbringern übermittelt werden müssen.

Bewertung
Der Hausärztinnen- und Hausärzteverband begrüßt die vorgesehene Neuregelung zum Once-Only-Prinzip im Rahmen der Qualitätssicherung zur Vereinfachung des Nachweis- und Meldeverfahrens. Dadurch werden unnötige Doppelmeldungen vermieden und zugleich ressourcenschonende Lösungen eingeführt, die Hausarztpraxen entlasten.

K. Artikel 1 SGB V – §§ 394a, 394b SGB V-neu

Beabsichtigte Neuregelung
Nach § 394a SGB V-neu wird ein Zukunftsfonds für digitale Transformation und IT-Sicherheit in der Gesundheitsversorgung eingerichtet. Dieser dient der Entwicklung, Erprobung, Evaluation und Skalierung digitaler Anwendungen, der Errichtung und Weiterentwicklung von digitalen Infrastrukturen sowie der Förderung der IT-Sicherheit in der Gesundheitsversorgung.

Nach § 394b Abs. 3 SGB V-neu legt das BMG unter Beteiligung des Ausschusses nach Abs. 4 (Digital Health Council) die Rahmenvorgaben und Förderschwerpunkte für die Förderung nach § 394b Abs. 1 SGB V-neu fest. Nach § 394b Abs. 3 S. 2 SGB V-neu regeln der GKV-Spitzenverband, die KBV und die Gesellschaft für Telematik gemeinsam das Nähere zur inhaltlichen Ausgestaltung der Rahmenvorgaben in der Vereinbarung.

Bewertung
Die Neuregelungen zur Einrichtung eines Zukunftsfonds für digitale Transformation und IT-Sicherheit in der Gesundheitsversorgung werden grundsätzlich begrüßt, um insbesondere zukünftige Produktinnovationen und marktnahe Entwicklungen schneller zu ermöglichen.

Gleichwohl fordern wir in Bezug auf § 394b Abs. 3 S. 2 SGB V-neu, dass der Hausärztinnen- und Hausärzteverband bei der Regelung der Rahmenvorgaben und Förderschwerpunkten ins Benehmen zu setzen ist, um die Digitalisierung im Versorgungsalltag für Patienten und (Haus-)arztpraxen spürbar zu verbessern und die Mittel gezielt einzusetzen. In diesem Zusammenhang muss die hausärztliche Expertise insbesondere bei der Umsetzung des Primärversorgungssystems angemessen eingebracht werden können. Der hausärztlichen Steuerungsfunktion innerhalb der Primärversorgung ist auch an dieser Stelle ausreichend Rechnung zu tragen.

L. Artikel 2 SGB V – § 137f und g SGB V-neu

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neufassung von § 137f SGB V-neu sollen die Krankenkassen verpflichtet werden, sämtliche vom GBA vorgesehenen Disease-Management-Programme (DMP) anzubieten; zugleich wird in § 137f Abs. 6 SGB V-neu ein Kontrahierungszwang für die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen zum Abschluss entsprechender Verträge mit den Kassenärztlichen Vereinigungen eingeführt, ergänzt durch ein Schiedsverfahren bei Nichteinigung.

§ 137g SGB V-neu sieht insbesondere den Wegfall des bisherigen Zulassungsverfahrens für DMP beim Bundesamt für Soziale Sicherung vor und regelt weitere Anforderungen an deren Durchführung, insbesondere zur Dokumentation und Datenverarbeitung.

Bewertung

Die vorgesehenen Neuregelungen zur flächendeckenden Sicherstellung strukturierter Behandlungsprogramme in § 137f SGB V-neu werden ausdrücklich begrüßt. Besonders positiv bewertet der Hausärztinnen- und Hausärzteverband den in § 137f Abs. 6 SGB V-neu vorgesehenen Kontrahierungszwang. Ein entsprechender Kontrahierungszwang besteht bereits seit vielen Jahren in der Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V. Die dortige Verpflichtung der Krankenkassen zum Abschluss von Versorgungsverträgen mit entsprechend repräsentativen Gemeinschaften von Hausärztinnen und Hausärzten hat sich in der Praxis bewährt. Es schafft Verlässlichkeit für die Vertragspartner, fördert das Zustandekommen von Versorgungsverträgen und verhindert, dass notwendige Versorgungsangebote an fehlender Einigungsbereitschaft insbesondere seitens der Krankenkassen scheitern. Die Übertragung dieses bewährten Regelungsansatzes auf die DMP-Versorgung ist daher ausdrücklich zu begrüßen.

Der Kreis möglicher Vertragspartner sollte neben den Kassenärztlichen Vereinigungen auch die Hausärztinnen- und Hausärzteverbände als Vertragspartner der Krankenkassen ausdrücklich vorsehen. Angesichts der zentralen Rolle der hausärztlichen Versorgung bei der Betreuung chronisch kranker Menschen erscheint es sachgerecht, die bestehenden Erfahrungen und etablierten Versorgungsstrukturen der Hausarztzentrierten Versorgung auch für die Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme nutzbar zu machen. Eine entsprechende Öffnung würde zugleich die Verzahnung von DMP und Hausarztzentrierter Versorgung stärken.

Der in § 137g SGB V-neu vorgesehene Wegfall des bisherigen Zulassungsverfahrens für DMP wird ausdrücklich begrüßt. Grundsätzlich positiv ist ebenfalls, dass die wesentlichen Anforderungen an die Durchführung und Datenverarbeitung gesetzlich weiterhin abgesichert bleiben. Bei der praktischen Umsetzung sollte jedoch darauf geachtet werden, dass die Dokumentations- und Informationspflichten für die teilnehmenden Hausarztpraxen möglichst bürokratiearm ausgestaltet werden und keine zusätzlichen administrativen Belastungen entstehen.

Ihre Ansprechpartner

Bundesvorsitzende: markus.blumenthal-beier@haev.de, nicola.buhlinger-goepfarth@haev.de
☎ 030 88 71 43 73-30

Hauptgeschäftsführer und Justiziar: joachim.schuetz@haev.de
☎ 02203 97 788-03

Geschäftsführer: sebastian.john@haev.de
☎ 030 88 71 43 73-34

Hausärztinnen- und Hausärzteverband e. V.
Edmund-Rumpler-Straße 2 · 51149 Köln

www.haev.de