



Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO

an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages

über die

Extrabudgetäre Vergütung von vertragsärztlichen Leistungen in der ambulanten Versorgung

Dieser Bericht enthält das vom Bundesrechnungshof abschließend im Sinne des § 96 Absatz 4 BHO festgestellte Prüfungsergebnis. Er ist auf der Internetseite des Bundesrechnungshofes veröffentlicht (www.bundesrechnungshof.de).

Gz.: IX 1 - 2021 - 0578/IX 1 - 0001456

13. November 2023

Dieser Bericht des Bundesrechnungshofes ist urheberrechtlich geschützt.

Wieder mehr Ausgabenkontrolle für die ambulante ärztliche Versorgung notwendig

Ausgaben für die ambulante ärztliche Versorgung werden immer seltener begrenzt. Dies kann die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gefährden. Die Budgetierung ambulanter ärztlicher Leistungen sollte wieder deutlich gestärkt werden, um das Risiko unkontrollierbarer Ausgabensteigerungen und Fehlanreize zu verringern.

Worum geht es?

Nach dem gesetzlichen Leitbild sollen für die ambulante ärztliche Versorgung Ausgabenobergrenzen, sog. Budgets, festgelegt werden. Daneben können bestimmte ärztliche Leistungen extrabudgetär und damit unbegrenzt vergütet werden, um die Versorgung der Versicherten zu verbessern. Inzwischen werden 19 Mrd. Euro für extrabudgetäre Leistungen gezahlt, das sind mehr als 40 % der jährlichen Ausgaben für die ambulante Versorgung. Ob das die ärztliche Versorgung tatsächlich verbessert, ist oft nicht nachgewiesen. Vielmehr können fehlende Budgets zu unkontrollierten Ausgabensteigerungen und Fehlanreizen in der Versorgung führen.

Was ist zu tun?

Ärztliche Leistungen sollten nur außerhalb festgelegter Obergrenzen vergütet werden, soweit es nachweislich für die Wirtschaftlichkeit und hohe Qualität der Versorgung notwendig ist. Dies ist regelmäßig anhand belastbarer und einheitlicher Kriterien in angemessenen Evaluierungen kritisch zu untersuchen. Dabei sind auch regionale Besonderheiten zu berücksichtigen, etwa ländliche Räume mit schlechtem Versorgungsgrad.

Was ist das Ziel?

Ausgaben für die ambulante Versorgung sollen ärztliche Leistungen auskömmlich vergüten, sie sollen aber möglichst nicht unkontrolliert ansteigen können. Extrabudgetäre Vergütungen sollten deshalb die Ausnahme bleiben. Die zunehmende Abschaffung von Ausgabenobergrenzen widerspricht dem Ziel einer wirksamen Ausgabenkontrolle. Auch werden konkrete Versorgungsprobleme dadurch nicht zielgerichtet gelöst.

Inhaltsverzeichnis

0	Zusammenfassung	6
1	Einleitung	10
2	Vergütung der vertragsärztlichen Versorgung	11
2.1	Grundlagen	11
2.2	Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung	12
2.3	Extrabudgetäre Vergütung	14
2.3.1	Gesetzlich bestimmte und vereinbarte Leistungen	14
2.3.2	Neue Vergütungsregelungen durch das TSVG	14
2.3.3	Evaluation	16
2.4	Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung	16
2.5	Angebotsinduzierte Nachfrage	17
3	Feststellungen des Bundesrechnungshofes	18
3.1	Entwicklung der Ausgaben	18
3.2	Eindeckelung und Evaluation	20
3.3	TSVG-Konstellationen	21
3.3.1	Vergütung und Kennzeichnung	21
3.3.2	Zeitnahe vertragsärztliche Versorgung	22
3.3.3	Offene Sprechstunde	23
3.3.4	Zuschlag für Hausarzt-zu-Facharzt-Vermittlung	23
3.4	Entbudgetierung der hausärztlichen Vergütung	24
3.5	Finanzielle Lage der gesetzlichen Krankenversicherung	24
4	Vorläufige Würdigung und Empfehlungen	26
4.1	Grundkonzept morbiditätsorientierte Gesamtvergütung	26
4.2	Evaluierung und Überführung in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung	26

4.3	TSVG	27
4.4	Entbudgetierung der hausärztlichen Vergütung	28
5	Stellungnahmen	29
5.1	Stellungnahme des Bundesministeriums für Gesundheit	29
5.2	Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes	31
5.3	Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung	32
6	Abschließende Würdigung und Empfehlung zur extrabudgetären Vergütung	33
6.1	Grundkonzeption der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung als Regelfall zunehmend ausgehöhlt	33
6.2	Evaluierung und Überführung in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung notwendig	35
6.3	Extrabudgetäre Vergütung der TSVG-Konstellationen abschaffen	36
6.4	Entbudgetierung der hausärztlichen Vergütung nicht zielführend	38
7	Zusammenfassende Empfehlungen	39

Abkürzungsverzeichnis

A

Ärzte-ZV *Zulassungsverordnung für Ärzte*

B

BA *Bewertungsausschuss*

BAS *Bundesamt für Soziale Sicherung*

BGBI. *Bundesgesetzblatt*

BHO *Bundeshaushaltsordnung*

BMG *Bundesministerium für Gesundheit*

BMV-Ä *Bundesmantelvertrag-Ärzte*

E

EBA *Erweiterter Bewertungsausschuss*

EBM *einheitlicher Bewertungsmaßstab*

G

GKV *Gesetzliche Krankenversicherung*

GKV-FinStG *Gesetz zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstabilisierungsgesetz)*

GKV-VSG *Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz)*

GKV-WSG *GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz*

GSG *Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz)*

H

HVM *Honorarverteilungsmaßstab*

HzV *Hausarztzentrierte Versorgung*

I

InBA *Institut des Bewertungsausschusses*

K

KBV *Kassenärztliche Bundesvereinigung*

KOMV *Kommission für ein modernes Vergütungssystem*

Krankenkassen *gesetzliche Krankenkassen*

KV/KVen *Kassenärztliche Vereinigung/Kassenärztliche Vereinigungen*

M

MGV *Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung*

S

SGB V *Fünftes Buch Sozialgesetzbuch*

T

TAMG *Tierarzneimittelgesetz und zur Anpassung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften (Tierarzneimittelgesetz)*

TSS *Terminservicestelle*

TSVG *Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz)*

0 Zusammenfassung

Die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen in der ambulanten Versorgung bildet mit über 46 Mrd. Euro den drittgrößten Ausgabenblock der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Die Mittel haben große Bedeutung für die Qualität der ambulanten Versorgung. Der Bundesrechnungshof hat sich – auch mit Blick auf den Bundeszuschuss zum Gesundheitsfonds von jährlich 14,5 Mrd. Euro – insbesondere mit Ausgaben befasst, die die gesetzlichen Krankenkassen (Krankenkassen) außerhalb festgelegter Honorarbudgets vergüten müssen (extrabudgetäre Vergütung). Dabei hat er im Wesentlichen festgestellt:

- 0.1 Die Krankenkassen zahlen fast die gesamte Vergütung vertragsärztlicher Leistungen an die regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen (KV/KVen). Die KVen verteilen diese kollektivvertragliche Vergütung an die vertragsärztlichen Leistungserbringenden anhand deren abgerechneter Leistungen. Sie unterteilt sich in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) und die extrabudgetäre Vergütung. Die MGV richtet sich nach der Krankheitslast der Versicherten (Morbidität). Die KVen und die Krankenkassen vereinbaren die MGV jeweils anhand des im Folgejahr erwarteten medizinisch notwendigen Behandlungsbedarfs für alle Versicherten. Rechnen die Leistungserbringenden mehr MGV-Leistungen ab als nach dem vereinbarten Behandlungsbedarf vorgesehen, quotieren die KVen die Auszahlungen entsprechend. Extrabudgetär vergütete Leistungen bezahlen die Krankenkassen ohne Quotierung außerhalb der MGV. Welche Leistungen dies sind, ergibt sich entweder unmittelbar aus dem Gesetz oder wird von den KVen und Krankenkassen regional vereinbart. Die regionalen Vertragspartner haben Vergütungen für extrabudgetäre Leistungen aus der MGV herauszurechnen, wenn diese zuvor in der MGV vergütet wurden (Bereinigung). Anderenfalls finanzieren die Krankenkassen die gleichen Leistungen doppelt. (Tnrn. 2.1 bis 2.4)
- 0.2 Die jährlichen Ausgaben für MGV und extrabudgetäre Vergütung stiegen in den Jahren 2009 bis 2022 bundesweit von 30,8 auf 44,2 Mrd. Euro. Dabei blieb die MGV mit rund 25 Mrd. Euro weitgehend gleich. Der Anteil der extrabudgetären Vergütung erhöhte sich deutlich von 22 auf fast 43 %. Der Bundesrechnungshof kritisiert diese Entwicklung. Nur die MGV unterliegt einer Mengen- und Ausgabensteuerung, da sie auf die notwendigen Ausgaben für den zuvor vereinbarten notwendigen Behandlungsbedarf beschränkt ist. Die extrabudgetäre Vergütung kennt keine solche Begrenzung und erhöht damit die Gefahr unwirtschaftlicher, insbesondere medizinisch nicht erforderlicher Leistungserbringung („angebotsinduzierte Nachfrage“). Dies kann Fehlversorgungen und Ausgabenanstiege nach sich ziehen. Die MGV sollte daher der Regelfall der vertragsärztlichen Vergütung sein. Der extrabudgetäre Anteil an der gesamten Vergütung sollte sich deutlich verringern. Die extrabudgetäre Vergütung von Leistungen sollte im Wesentlichen daran ausgerichtet werden, dass sie die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung nachweislich signifikant erhöht. (Tnrn. 2.5, 3.1, 4.1, 6.1, 7)

- 0.3 Neben gesetzlich vorgegebenen extrabudgetären Leistungen können die KVen und Krankenkassen auf regionaler Ebene weitere extrabudgetäre Leistungen vereinbaren, wenn eine ärztliche Leistung besonders gefördert werden soll oder dies medizinisch erforderlich ist. Zu solchen Leistungen gibt der Bewertungsausschuss (BA) Empfehlungen ab. Im BA sind der GKV-Spitzenverband für die Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) für die Vertragsärzteschaft paritätisch vertreten und entscheiden zu Fragen der vertragsärztlichen Vergütung. Insbesondere beschließt der BA den einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) als wesentliche Grundlage vertragsärztlicher Vergütungen. Um die Transparenz bei der Vereinbarung extrabudgetär vergüteter Leistungen zu erhöhen und eine weitere Ausweitung dieser Leistungen zu verhindern, sollte der BA für diese Leistungen bundesweit verbindliche Kriterien beschließen. (Tnrn. 2.1, 2.3, 3.2, 3.3, 4, 6.2, 7)
- 0.4 Viele extrabudgetär vergütete Leistungen bestehen seit langer Zeit, teilweise seit mehr als zehn Jahren, ohne dass die Erforderlichkeit der Vergütung außerhalb der Quotierung überprüft wird. In der Praxis werden derartige Leistungen nur selten in die MGV einbezogen (sog. Eindeckelung). Daher erhöht sich die Zahl extrabudgetär zu vergütender Leistungen und deren Ausgabenanteil an der vertragsärztlichen Vergütung insgesamt immer weiter. Anhand der vom BA verbindlich festzulegenden Kriterien für vereinbarte extrabudgetäre Leistungen sollte fortwährend geprüft werden, inwieweit solche Leistungen in die MGV einbezogen werden sollten. Hierfür sind die Leistungen umfassend im Hinblick auf ihre Wirtschaftlichkeit und Auswirkungen auf die Versorgungsqualität zu evaluieren. (Tnrn. 2.1, 2.3, 3.2, 4.2, 6.2, 7)
- 0.5 Der Bundesminister für Gesundheit hat zugesagt, die Budgetierung hausärztlicher Leistungen aufzuheben. Der Bundesrechnungshof sieht keine konkreten Anhaltspunkte dafür, dass damit insgesamt die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung von Versicherten maßgeblich verbessert würden. Der medizinisch notwendige Behandlungsbedarf der Versicherten als ausgabensteuerndes Kriterium würde im hausärztlichen Bereich vollständig abgeschafft. Zuvor sollten deshalb bestehende Möglichkeiten zur Verbesserung der Versorgungsqualität genutzt werden. Zudem wäre eine Entbudgetierung auf Regionen mit erheblichen Versorgungsproblemen zu beschränken und der Erfolg der Maßnahme fortwährend zu überprüfen. Anderenfalls wäre es gerade auch mit Blick auf die angespannte finanzielle Lage der GKV nicht zu rechtfertigen, bewährte ausgabensteuernde Instrumente abzuschaffen. (Tnrn. 3.4, 3.5, 4.4, 6.4, 7)
- 0.6 Die KBV und die KVen haben grundsätzlich die vertragsärztliche Versorgung sicherzustellen. Dazu gehört, dass sie eine angemessene und zeitnahe vertragsärztliche Versorgung zur Verfügung stellen. U. a. müssen die KVen Terminservicestellen (TSS) zur Terminvermittlung betreiben. (Tnr. 2.1)
- 0.7 Das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) führte im Jahr 2019 fünf Fallgruppen ein (TSVG-Konstellationen): Terminservicestelle-Terminfälle (TSS-Terminfall), Terminservicestelle-Akutfälle (TSS-Akutfall), Hausarzt-zu-Facharzt-Vermittlung, offene Sprechstunde und Neupatientenregelung (die Neupatientenregelung wurde zum

Jahresende 2022 wieder abgeschafft). In den TSVG-Konstellationen erhalten Leistungserbringende Vergütungsanreize, etwa durch die extrabudgetäre Vergütung vermittelter Behandlungsfälle. Damit sollten insbesondere Wartezeiten gesetzlich Versicherten auf einen Behandlungstermin verkürzt werden. Die Vertragspartner hatten die MGK um die in den TSVG-Konstellationen gezahlten Vergütungen zu bereinigen. Die Bereinigungsregeln waren manipulationsanfällig durch strategische Honorarabrechnungen von Leistungserbringenden und führten aufgrund ihrer zeitlichen Begrenzung zu Doppelfinanzierungen bestimmter erbrachter Leistungen einerseits aus dem Budget und zusätzlich außerhalb des Budgets. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat diese Kritik nachvollziehen können, ist aber nicht umfassend gegen strategische Kennzeichnungsmöglichkeiten und Doppelfinanzierungen vorgegangen. (Tnr. 2.3, 2.4, 3.3, 4.3, 6.3, 7)

- 0.8 Bis zum Jahresende 2022 zahlten Krankenkassen 11,8 Mrd. Euro für die Vergütung der TSVG-Konstellationen. Ihre Mehraufwendungen im Vergleich zu den zuvor geltenden Vergütungsregelungen hatten sich bereits zum Jahr 2021 auf über 1 Mrd. Euro belaufen, darunter fast 750 Mio. Euro wegen Doppelfinanzierungen. Auch die durch die TSS vermittelte Anzahl der Behandlungstermine ist stark gestiegen. Solche Fallzunahmen führen perspektivisch zu weiter steigender extrabudgetärer Vergütung der TSS-Terminfälle und der TSS-Akutfälle ohne entsprechende Bereinigung der MGK. (Tnrn. 3.3.1, 4.3, 6.3, 7)

- 0.9 Der Bundesrechnungshof hat keine belastbaren Nachweise dafür gefunden, dass die extrabudgetäre Vergütung für offene Sprechstunden die Versorgung durch geringere Terminwartezeiten verbessert, zumal sie auch Leistungserbringende erhalten, die ihre Arbeitszeit lediglich umverteilen. Gesetzesinitiativen sollten auf aussagekräftigen Feststellungen beruhen, die eine Problemlage und Handlungsnotwendigkeit belegen. Das BMG hat dies grundsätzlich für nachvollziehbar gehalten. Im Einzelfall könne die valide und objektive Feststellung von Handlungsbedarfen allerdings nicht oder nur mit unverhältnismäßig hohem Aufwand möglich sein. Der Bundesrechnungshof hält daran fest, dass bei erwartbaren hohen Ausgaben zu Lasten der Beitrags- und Steuerzahlenden eine als Begründung herangezogene Problemlage ausreichend belegt sein muss. (Tnrn. 3.3.2, 3.3.3, 4.3, 6.3, 7)

- 0.10 Die gesetzlich festgelegte Mindesthöhe der extrabudgetär zu zahlenden Zuschläge für eine Facharzt-Terminvermittlung weicht deutlich von der durch den BA beschlossenen Vergütung vergleichbarer Leistungen im EBM ab. Aus Sicht des Bundesrechnungshofes stört die gesetzliche Festlegung der Pauschalen das Gefüge des EBM und führt zu Fehlanreizen in der Versorgung. Der Gesetzgeber sollte die Bewertung vertragsärztlicher Leistungen dem BA überlassen. (Tnrn. 3.3.4, 4.3, 6.3, 7)

- 0.11 Insgesamt sind weder die Notwendigkeit der TSVG-Vergütungsregelungen noch die damit angestrebte Verbesserung der Versorgungsqualität belegt. Die TSVG-Konstellationen gewähren erhebliche zusätzliche Vergütungen für die Begleitumstände vertragsärztlicher Leistungen (z. B. Zeitpunkt und Art der Terminvergabe), die Leistungserbringende ohnehin als Bestandteil des Sicherstellungsauftrages gewährleisten

müssen. Der Bundesrechnungshof empfiehlt, alle noch bestehenden, mit dem TSVG eingeführten Vergütungsregelungen zu streichen. (Tnrn. 4.3, 6.3, 7)

1 Einleitung

Die Ausgaben für die ambulante ärztliche Behandlung bilden den drittgrößten Ausgabenblock in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Im Jahr 2022 zahlten die gesetzlichen Krankenkassen dafür mehr als 46 Mrd. Euro, etwa 17 % der Gesamtausgaben der GKV.¹ An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen rund 185 000 Ärztinnen und Ärzte in 99 700 Arztpraxen teil.² Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes lag der durchschnittliche Reinertrag einer Arztpraxis im Jahr 2019 bei 296 000 Euro, das entsprach einem Reinertrag pro Praxisinhaber von 208 000 Euro. Davon entfielen rund 71 % auf vertragsärztliche Vergütungen.³ Der aus Steuermitteln geleistete Bundeszuschuss zum Gesundheitsfonds beträgt im Regelfall jährlich 14,5 Mrd. Euro. Der Zuschuss wurde für das Jahr 2022 aufgrund der Corona-Pandemie auf 28,5 Mrd. Euro und für das Jahr 2023 infolge eines erwarteten Finanzierungsdefizits der GKV auf 16,5 Mrd. Euro erhöht.⁴

Ein großer Teil der von den Leistungserbringenden⁵ abgerechneten Behandlungsleistungen unterliegt Honorarbegrenzungen (Budget). Daneben gibt es jedoch auch Behandlungsleistungen, die neben diesem Budget und damit nicht limitiert abgerechnet werden können. Der Anteil dieser extrabudgetären Leistungen an den Gesamtausgaben für die ärztliche Vergütung ist in den vergangenen Jahren stetig angestiegen. Zu den extrabudgetären Leistungen gehören u. a. die Leistungen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG⁶). Der

¹ Amtliche Statistik KJ1 des BMG für das Jahr 2022 (endgültige Rechnungsergebnisse der GKV), Stand: 26. Juni 2023. Diese Ausgaben enthalten auch Vergütungsbestandteile, die nicht Gegenstand dieses Berichts sind, insbesondere aus Selektivverträgen. Die in diesem Bericht behandelten Vergütungsbestandteile umfassen rund 44 Mrd. Euro, vgl. Tnr. 3.1. Leistungen im Rahmen von Selektivverträgen rechnen Leistungserbringende im Regelfall unmittelbar mit der jeweiligen Krankenkasse ab (z. B. die hausarztzentrierte Versorgung (HzV) nach § 73b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)).

² Einschließlich der psychotherapeutischen Versorgung, siehe KBV unter <https://www.kbv.de/html/zahlen.php> (abgerufen am 24. Juli 2023).

³ Statistisches Bundesamt, Unternehmen und Arbeitsstätten, Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten 2019, erschienen am 3. Dezember 2021, unter www.destatis.de (abgerufen am 27. Juni 2023), Tnr. 2.1, Tabellenteil A Tnr. 4. Eine Arztpraxis hat durchschnittlich 1,4 Inhaberinnen und Inhaber. Siehe zudem der Hinweis auf S. 14: Der Reinertrag entspricht nicht dem Einkommen der Ärztinnen und Ärzte, sondern stellt das Ergebnis eines Geschäftsjahres der Arztpraxis dar. Beispielsweise sind Personalaufwendungen und Aufwendungen für Praxisräume und -geräte bereits herausgerechnet. Nicht abgezogen sind z. B. Aufwendungen für die Praxisübernahme sowie Aufwendungen privater Natur (z. B. private Altersvorsorge, Krankenversicherung der Praxisinhaber und Familienangehörigen, Beiträge zu Versorgungseinrichtungen). Im Jahr 2021 lag der durchschnittliche Reinertrag pro Praxis bei 323 000 Euro (231 000 Euro pro Praxisinhaber), davon 72 % aus vertragsärztlichen Vergütungen, siehe Kostenstrukturstatistik im medizinischen Bereich – 2021 unter www.destatis.de (abgerufen am 7. September 2023). Werte aus dem Jahr 2021 können durch pandemiebedingte Sondereffekte beeinflusst sein.

⁴ Zum Bundeszuschuss siehe § 221 Absatz 1 SGB V, zu weiteren – insbesondere durch die Corona-Pandemie bedingten – Erhöhungen in den vergangenen Jahren siehe unter Tnr. 3.5.

⁵ Zugelassene Ärztinnen und Ärzte, Medizinische Versorgungszentren, ermächtigte Ärztinnen und Ärzte sowie ermächtigte Einrichtungen. Ermächtigte Leistungserbringende nehmen beschränkt und häufig befristet an der vertragsärztlichen Versorgung teil, um eine Unterversorgung abzuwenden, einen lokalen Versorgungsbedarf zu decken oder einen begrenzten Personenkreis zu versorgen, § 31 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV).

⁶ Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG) vom 6. Mai 2019, BGBl. I S. 646.

Bundesrechnungshof hat untersucht, nach welchen Verfahren vertragsärztliche Leistungserbringende vergütet werden und welche Fragestellungen sich hierbei in Bezug auf Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit⁷ sowie Ordnungsmäßigkeit bei der Vergütung extrabudgetärer Leistungen ergeben. Er stieß hierbei auf wesentliche Mängel, die Anpassungen rechtlicher Grundlagen notwendig machen. Der Bundesrechnungshof sieht sich deshalb veranlasst, dem Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages gemäß § 88 Absatz 2 Bundeshaushaltsordnung (BHO) zu berichten.

2 Vergütung der vertragsärztlichen Versorgung

2.1 Grundlagen

Die ambulante vertragsärztliche Versorgung in der GKV ist überwiegend kollektivvertraglich organisiert: Die Krankenkassen (vertreten durch ihre Verbände) und die Leistungserbringenden (vertreten durch ihre KV) regeln im Bezirk jeder KV in Gesamtverträgen, wie die Versorgung der Versicherten ausgestaltet ist.⁸ Hierzu gehört auch die Vergütung der Leistungserbringenden.⁹ Wesentliche Grundlage für die Vergütung ihrer Leistungen ist der einheitliche Bewertungsmaßstab.¹⁰ Der EBM legt bundeseinheitlich fest, welche Leistungen einschließlich Sachkosten unter welchen Voraussetzungen zulasten der GKV abgerechnet werden können. Er bestimmt die abrechnungsfähigen Leistungen und ihren Inhalt, indem er ihr wertmäßiges Verhältnis in Punkten definiert.¹¹ Der EBM wird durch den Bewertungsausschuss beschlossen, der paritätisch von KBV und GKV-Spitzenverband besetzt ist und einstimmig entscheidet.¹²

Die regionalen Vertragspartner¹³ haben die vertragsärztliche Versorgung so zu regeln, dass eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse gewährleistet ist und die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden.¹⁴ Die Vereinbarungen über die Vergütung müssen die Vertragspartner so gestalten, dass Beitragssatzerhöhungen ausgeschlossen werden, es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung ist auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nicht zu gewährleisten (Grundsatz der Beitragssatzstabilität).¹⁵

⁷ § 12 Absatz 1 SGB V.

⁸ § 83 SGB V.

⁹ § 82 Absatz 2 SGB V.

¹⁰ Der EBM ist Bestandteil des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) zwischen KBV und GKV-Spitzenverband.

¹¹ § 87 Absatz 2 Satz 1 SGB V.

¹² Wenn sich der BA nicht einigt, wird er um drei unparteiische Mitglieder zum erweiterten Bewertungsausschuss (EBA) mit Mehrheitsprinzip ergänzt. Zum EBM, BA und EBA siehe § 87 SGB V.

¹³ Regionale Vertragspartner bezeichnet im Folgenden die KV, Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen in jedem KV-Bezirk.

¹⁴ § 72 Absatz 2 SGB V.

¹⁵ § 71 Absatz 1 Satz 1 SGB V.

Die KBV und die KVen haben die vertragsärztliche Versorgung sicherzustellen (Sicherstellungsauftrag).¹⁶ Sie gewährleisten gegenüber den Krankenkassen, dass die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Mit den regionalen Vergütungsvereinbarungen decken die Krankenkassen alle Vergütungsansprüche aus dem Sicherstellungsauftrag ab. Der Sicherstellungsauftrag umfasst auch die angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der vertragsärztlichen Versorgung.¹⁷ Dazu müssen die KVen eine Terminservicestelle (TSS) betreiben, die jederzeit unter einer bundesweit einheitlichen Telefonnummer (Servicenummer) erreichbar sein muss.¹⁸ Die TSS hat Versicherten u. a. innerhalb einer Woche einen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringenden zu vermitteln und sie bei der Suche nach einer Hausärztin oder einem Hausarzt zu unterstützen. Die KBV evaluiert die Tätigkeit der TSS und berichtet dazu jährlich dem BMG.

2.2 Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung

Grundsätzlich entrichten die Krankenkassen eine Gesamtvergütung mit befreiender Wirkung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung ihrer Mitglieder mit Wohnsitz im Bezirk der jeweiligen KV.¹⁹ Die Gesamtvergütung ist das vereinbarte Ausgabevolumen für die zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen. Weitere Zahlungen haben die Krankenkassen nur zu leisten, wenn es gesetzlich vorgesehen ist. Das Ausgabevolumen wird deshalb auch als „Budget“ bezeichnet. Wie die einzelnen KVen die Gesamtvergütungen an die Leistungserbringenden verteilen, regeln sie jeweils in ihren Honorarverteilungsmaßstäben (HVM).

Mit der Gesamtvergütung ist grundsätzlich der Bedarf der Versicherten an medizinisch notwendigen Leistungen zu decken (Behandlungsbedarf). Der Behandlungsbedarf kann sich von einem Jahr zum anderen erhöhen, etwa durch

- eine höhere Zahl behandlungsbedürftiger Versicherter,
- eine höhere Krankheitslast der Versicherten (Morbidität²⁰) oder
- einen geänderten vertragsärztlichen Leistungsumfang²¹.

Bis zum Jahr 2008 war die Veränderung der Gesamtvergütung an die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen (Grundlohnsumme) und an die Veränderung der Zahl der Versicherten geknüpft. Grundsätzlich durfte die Gesamtvergütung nicht stärker ansteigen als die

¹⁶ § 75 Absatz 1 SGB V.

¹⁷ § 75 Absatz 1a Satz 1 SGB V.

¹⁸ Zur TSS siehe § 75 Absatz 1a SGB V, eingefügt durch Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG) vom 16. Juli 2015, BGBl. I S. 1211.

¹⁹ §§ 85 Absatz 1, 87a Absatz 3 SGB V.

²⁰ Morbidität ist ein Gesundheitsindikator, mit dem die Häufigkeit von Erkrankungsfällen in einer bestimmten Bevölkerungsgruppe in einem definierten Zeitraum gemessen wird. Sie wird durch bestimmte Kennziffern wie die Inzidenz und Prävalenz beschrieben. Morbidität wird auch als Maßstab verwandt, um medizinische Interventionen im Hinblick auf ihr Resultat miteinander zu vergleichen.

²¹ Durch Gesetz, Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) oder Satzungen von Krankenkassen.

Grundlohnsumme, auch wenn der notwendige Behandlungsbedarf noch stärker anstieg. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität hatte Vorrang.

Diese Bindung der Ausgabenentwicklung an die Grundlohnsumme geht auf das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) aus dem Jahr 1992 zurück.²² Damals gab es enorme Ausgabensteigerungen der GKV, die u. a. auf medizinisch nicht begründbaren Mengenausweitungen und dem Wegfall von Ausgabenbegrenzungen beruhten.²³ Die Beitragssätze der Krankenkassen waren auf bis dahin nicht gekannte Höhen angestiegen.²⁴

Seit dem Jahr 2009 tragen die Krankenkassen das Morbiditätsrisiko. Die von den regionalen Vertragspartnern vereinbarte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) bemisst sich am jährlich ermittelten medizinisch notwendigen Behandlungsbedarf.²⁵

Die MGV umfasst die Vergütung für die prognostisch notwendigen Behandlungen für alle Versicherten in der jeweiligen KV-Region, sofern sie nicht außerhalb der Gesamtvergütung bezahlt werden. Dafür ermitteln die regionalen Vertragspartner anhand des EBM den Behandlungsbedarf des Folgejahres als Punktzahlvolumen. Durch das Punktzahlvolumen wird die Behandlungsmenge (Mengenkomponente) festgelegt.²⁶ Zudem vereinbaren die regionalen Vertragspartner jährlich einen Eurowert je Punkt (Punktwert).²⁷ Aus dem regionalen Punktwert (Preiskomponente) und dem Behandlungsbedarf (Mengenkomponente) errechnet sich die MGV im KV-Bezirk. Aus dem EBM und dem regionalen Punktwert erstellen die Vertragspartner in jedem KV-Bezirk eine regionale Gebührenordnung mit Euro-Preisen (regionale Euro-Gebührenordnung).²⁸ Rechnen die Leistungserbringenden mehr Leistungen ab, als in der MGV als Behandlungsbedarf festgelegt sind, werden die Auszahlungen an die Leistungserbringenden quotiert. Der relative Anteil des ausgezahlten Honorars am abgerechneten Honorar wird dabei als Auszahlungsquote bezeichnet.

²² Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz – GSG) vom 21. Dezember 1992, BGBl. I S. 2266.

²³ Allein im Jahr 1991 waren die Ausgaben der Krankenkassen je Mitglied im Gebiet der alten Länder um 10,6 % angestiegen, mehr als das Doppelte des Anstiegs der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder von 5 %. Für die ambulante Vergütung lag die Steigerung im Jahr 1991 bei 7,5 %, in den Jahren 1989 bis 1991 bei fast 18 %.

²⁴ Gesetzesbegründung zum GSG, Bundestagsdrucksache 12/3608 S. 66 ff.

²⁵ Eingeführt durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) vom 26. März 2007, BGBl. I S. 378.

²⁶ Im Einzelnen siehe § 87a Absatz 4 Satz 1 Nummern 1 bis 5 SGB V.

²⁷ Grundlage dieser Vereinbarungen des Punktwerts ist der vom BA jährlich bestimmte bundeseinheitliche Orientierungswert, § 87 Absatz 2e SGB V. Der Orientierungswert bemisst sich in Euro pro abgerechnetem (EBM-)Punkt. Dieser Orientierungswert beträgt für das Jahr 2023 11,4915 Cent nach 11,2662 Cent im Jahr 2022, 11,1244 Cent im Jahr 2021 und 10,9871 Cent im Jahr 2020. Bei der jährlichen Anpassung des Orientierungswertes berücksichtigt der BA insbesondere die Entwicklung der Betriebs- und Investitionskosten, die mögliche Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven sowie die allgemeine Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen. Die regionalen Vertragspartner können bei der Vereinbarung des Punktwerts Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur berücksichtigen.

²⁸ § 87a Absatz 2 Satz 5 SGB V.

Beispiel:

Ein Versicherter sucht einen Hausarzt wegen eines grippalen Infekts auf. Mit der EBM-Ziffer 03000 (Versichertenpauschale für einen Erwachsenen von 19 bis 54 Jahren) rechnet der Arzt 114 Punkte ab. Bei einem Punktwert von 11,2662 Cent entspricht das 13,10 Euro. Liegt die Summe der abgerechneten Leistungen aller Hausärztinnen und Hausärzte über ihrem vereinbarten Punktzahlvolumen (Budget), findet eine Quotierung statt. Bei einer Auszahlungsquote von – angenommen – 97 % erhält der Hausarzt für die Behandlung also 12,71 Euro.

2.3 Extrabudgetäre Vergütung

Neben den mit der MGV abgegoltenen Leistungen gibt es weitere EBM-Leistungen, die die Krankenkassen nach der jeweiligen regionalen Euro-Gebührenordnung ohne Ausgabenobergrenze und Mengenbegrenzung vergüten müssen (extrabudgetäre Leistungen). Sie sind gesetzlich definiert oder von den regionalen Vertragspartnern vereinbart.

2.3.1 Gesetzlich bestimmte und vereinbarte Leistungen

Bestimmte gesetzlich festgelegte Leistungen sind außerhalb der MGV zu vergüten. Dabei handelt es sich etwa um Früherkennungsuntersuchungen, Leistungen aufgrund eines nicht vorhersehbaren Anstiegs des Behandlungsbedarfs²⁹, z. B. bei einer überdurchschnittlichen Anzahl an Influenzainfektionen, sowie Leistungen im Rahmen der Substitutionsbehandlung bei Drogenabhängigkeit³⁰.

Außerdem können Leistungen gemäß § 87a Absatz 3 Satz 6 SGB V nach den Preisen der Euro-Gebührenordnung extrabudgetär vergütet werden, wenn sie besonders gefördert werden sollen oder wenn dies medizinisch oder aufgrund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist (besonders förderungswürdige Leistungen). Welche Leistungen darunterfallen, vereinbaren die regionalen Vertragspartner. Der BA beschließt Empfehlungen zur Bestimmung der extrabudgetären Leistungen.³¹

2.3.2 Neue Vergütungsregelungen durch das TSVG

Der Gesetzgeber führte mit dem TSVG im Jahr 2019 neue Vergütungsregelungen ein, mit denen weitere Leistungen extrabudgetär vergütet werden. Diese zielen insbesondere darauf ab,

²⁹ Leistungen, die sich aus einem bei der Vereinbarung der MGV nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs ergeben (sogenannte NiVA-Leistungen), § 87a Absatz 3 Satz 4 SGB V. Beispielsweise definierte der BA alle ärztlichen Leistungen aufgrund des klinischen Verdachts oder des Nachweises einer Infektion mit dem Coronavirus als extrabudgetär zu vergütende NiVA-Leistungen.

³⁰ § 87a Absatz 3 Satz 5 Nummer 1 SGB V (§ 87a Absatz 3 Satz 5 1. Halbsatz SGB V i. d. F. des GKV-WSG).

³¹ § 87a Absatz 5 Satz 1 Nummer 3 SGB V.

- den Zugang gesetzlich Versicherter zur ambulanten medizinischen Versorgung zu verbessern,
- Fehlversorgung zu verringern sowie
- Wartezeiten auf einen Behandlungstermin zu reduzieren und bezüglich gesetzlich und privat Versicherter anzugleichen.³²

Fünf Fallgruppen (TSVG-Konstellationen) sah das Gesetz vor, deren Vergütung zwischenzeitlich modifiziert wurde:

- TSS-Terminfall: Für die Vermittlung von Behandlungsterminen über die TSS zahlen die Krankenkassen Zuschläge auf die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale (Zuschläge).³³ Bis Ende 2022 betrug der Zuschlag zwischen 20 und 50 %.³⁴ Seit dem Jahr 2023 erhöhten sich die Zuschläge auf 40 bis 100 %.³⁵ Neben der Zahlung von Zuschlägen werden auch die Leistungen im Behandlungsfall extrabudgetär vergütet.³⁶
- TSS-Akutfall: Wenn Versicherte mit akutem Behandlungsbedarf über die TSS spätestens am nächsten Tag einen Termin bei einem Leistungserbringenden erhalten, bekamen die Leistungserbringenden bis Ende 2022 einen Zuschlag von 50 % (TSS-Akutfall).³⁷ Seit dem Jahr 2023 wurde der Zuschlag auf 200 % erhöht.³⁸ Auch hier werden sowohl Zuschläge gezahlt als auch die Leistungen im Behandlungsfall extrabudgetär vergütet.³⁹
- Hausarzt-zu-Facharzt-Vermittlung: Hausärztinnen und -ärzte erhalten seit dem Jahr 2023 einen Zuschlag von mindestens 15 Euro (bis Ende 2022: 10 Euro) für die Vermittlung eines fachärztlichen Behandlungstermins.⁴⁰ Die Leistungen im Behandlungsfall durch Fachärztin oder -arzt sind extrabudgetär zu vergüten, wenn die Behandlung binnen 4 Tagen beginnt, in bestimmten Fällen binnen bis zu 35 Tagen.
- Offene Sprechstunde: Extrabudgetär vergütet werden Leistungen in Behandlungsfällen, die im Rahmen von bis zu fünf zusätzlichen Sprechstunden⁴¹ je Woche ohne

³² Gesetzesbegründung zum TSVG, Bundestagsdrucksache 19/6337 S. 51 ff.

³³ Die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen berechnen Vertragsärztinnen und -ärzte beim ersten Arzt-Patienten-Kontakt (persönlich oder im Rahmen einer Videosprechstunde). Sie sind nur einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig. Ein Behandlungsfall umfasst alle ambulanten Leistungen für einen Versicherten durch dieselbe Arztpraxis im Quartal, § 21 Absatz 1 BMV-Ä.

³⁴ § 87 Absatz 2b Satz 3 SGB V und § 87 Absatz 2c Satz 3 SGB V in der Fassung bis 31. Dezember 2022 i. V. m. Beschluss des BA vom 19. Juni 2019 (439. Sitzung).

³⁵ Gesetz zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstabilisierungsgesetz – GKV-FinStG) vom 7. November 2022, BGBl. I S. 1990; siehe § 87 Absatz 2b Satz 3 SGB V und § 87 Absatz 2c Satz 3 SGB V.

³⁶ § 87a Absatz 3 Satz 5 Nummer 2 und Nummer 3 SGB V.

³⁷ § 87 Absatz 2b Satz 3 Nummer 1 SGB V und § 87 Absatz 2c Satz 3 Nummer 1 SGB V in der Fassung bis 31. Dezember 2022.

³⁸ § 87 Absatz 2b Satz 3 Nummer 1 SGB V und § 87 Absatz 2c Satz 3 Nummer 1 SGB V.

³⁹ § 87a Absatz 3 Satz 5 Nummer 2 und Nummer 3 SGB V.

⁴⁰ § 87 Absatz 2b Satz 3 Nummer 5 SGB V.

⁴¹ Sprechstunden sind die Zeiten, in denen Vertragsärztinnen und -ärzte für die Versorgung der Versicherten unmittelbar zur Verfügung stehen, § 17 Absatz 1a Satz 2 BMV-Ä.

Terminvereinbarung erbracht werden (offene Sprechstunde).⁴² Bis Ende August 2019 mussten Vertragsärztinnen und -ärzte mindestens 20 Sprechstunden in der Woche anbieten, seit 1. September 2019 sind es mindestens 25 Sprechstunden in der Woche.

- Behandlung von Neupatientinnen und Neupatienten: Leistungen in Behandlungsfällen wurden extrabudgetär vergütet, wenn die Patientin oder der Patient erstmals oder zuvor mindestens zwei Jahre nicht in der jeweiligen Arztpraxis untersucht und behandelt wurde (Neupatientenregelung).⁴³ Zum Ende des Jahres 2022 beendete der Gesetzgeber die Neupatientenregelung.

2.3.3 Evaluation

Der BA muss die Auswirkungen seiner Beschlüsse insbesondere auf die Versorgung der Versicherten mit vertragsärztlichen Leistungen, vertragsärztlichen Honorare sowie Ausgaben der Krankenkassen analysieren.⁴⁴ Das BMG kann das Nähere zum Inhalt der Analysen bestimmen.⁴⁵ Dies gilt auch für die Beschlüsse zur Umsetzung der TSVG-Konstellationen. Mit dem GKV-FinStG konkretisierte der Gesetzgeber die Evaluationsregelungen für die TSVG-Konstellationen offene Sprechstunde und Zuschläge. Über die Ergebnisse der Evaluierung berichtet der BA dem BMG.⁴⁶

2.4 Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Die regionalen Vertragspartner haben Vergütungen für extrabudgetäre Leistungen aus der MGV herauszurechnen, wenn diese zuvor in der MGV vergütet wurden (Bereinigung). Andernfalls würden die gleichen Leistungen doppelt berücksichtigt. Der BA beschließt Vorgaben zur Bereinigung.⁴⁷

Im Hinblick auf das TSVG legte der Gesetzgeber fest, dass die Vertragspartner die MGV in den Konstellationen TSS-Terminfall, TSS-Akutfall und Hausarzt-zu-Facharzt-Vermittlung begrenzt auf ein Jahr zu bereinigen hatten.⁴⁸ Dazu wird die MGV um die im Bereinigungszeitraum erbrachte Leistungsmenge reduziert, während sich die abgerechneten Leistungen in der extrabudgetären Vergütung – gleichermaßen – erhöhen. Um die MGV zu bereinigen, ist

⁴² § 87a Absatz 3 Satz 5 Nummer 6 SGB V, zum Begriff offene Sprechstunde siehe § 19a Absatz 1 Satz 3 Ärzte-ZV. Die extrabudgetäre Vergütung ist begrenzt auf 17,5 % der Arztgruppenfälle einer Arztpraxis des Vorjahresquartals, Beschluss des BA vom 19. Juni 2019 (439. Sitzung). Der Arztgruppenfall umfasst die Behandlung derselben oder desselben Versicherten durch dieselbe Arztgruppe einer Arztpraxis in demselben Kalendervierteljahr zu Lasten derselben Krankenkasse, § 21 Absatz 1c BMV-Ä. Bei 1 000 Arztgruppenfällen im Quartal werden deshalb Leistungen für maximal 175 Patientinnen oder Patienten extrabudgetär vergütet.

⁴³ § 87a Absatz 3 Satz 5 Nummer 5 SGB V, gültig bis zum 31. Dezember 2022.

⁴⁴ § 87 Absatz 3a Satz 1 SGB V.

⁴⁵ § 87 Absatz 3a Satz 2 SGB V.

⁴⁶ § 87a Absatz 3 Sätze 18 ff. SGB V.

⁴⁷ § 87a Absatz 5 Satz 7 SGB V.

⁴⁸ § 87a Absatz 3 Satz 7 SGB V.

eine Kennzeichnung der in TSVG-Konstellationen erbrachten Leistungen notwendig. Nach Abschluss des Bereinigungszeitraums führen Mengensteigerungen zu einer zusätzlichen extrabudgetären Vergütung. Mangels Bereinigung entsteht dabei eine Doppelfinanzierung, weil die Leistung sowohl in der MGV abgegolten als auch extrabudgetär bezahlt wird. Für Zuschläge fand keine Bereinigung statt. Auch für die TSVG-Konstellationen offene Sprechstunde und Neupatientenregelung war der Bereinigungszeitraum anfangs auf ein Jahr begrenzt. Er wurde sodann gesetzlich um weitere eineinhalb Jahre erweitert. Zudem wurde eine Kennzeichnungspflicht der TSVG-Leistungen eingeführt.⁴⁹ Zuletzt entschied der Gesetzgeber, dass die regionalen Vertragspartner die MGV für die offene Sprechstunde seit Januar 2023 dauerhaft – und nicht nur befristet – bereinigen müssen.⁵⁰ Das Bereinigungsvolumen der abgeschafften Neupatientenregelung wird in die MGV zurückgeführt.⁵¹

2.5 Angebotsinduzierte Nachfrage

Über den als MGV vereinbarten Behandlungsbedarf hinausgehende, medizinisch nicht erforderliche Leistungen sollten nach dem GKV-WSG nicht finanziert werden. Die Gesetzesbegründung verwies dabei auf die sogenannte „angebotsinduzierte Nachfrage“.⁵² Als solche gelten ungerechtfertigte Mengenausweitungen, die sich insbesondere im Gesundheitswesen zeigen: Leistungserbringende haben gegenüber ihren Patientinnen und Patienten einen großen Informationsvorsprung. Bei einer umfassenden Versicherung wie der GKV müssen Versicherte zusätzliche Leistungen nicht zusätzlich bezahlen. Dies kann dazu führen, dass Versicherte zusätzliche Leistungen lediglich deshalb in Anspruch nehmen, weil sie ärztlich entsprechend beraten wurden. Derartige Fehlanreize für Leistungserbringende können zu übermäßigen Leistungsmengenausweitungen und zu Fehlversorgungen von Versicherten führen.⁵³

⁴⁹ Gesetz zum Erlass eines Tierarzneimittelgesetzes und zur Anpassung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften (Tierarzneimittelgesetz – TAMG) vom 27. September 2021, BGBl. I S. 4530.

⁵⁰ § 87a Absatz 3 Satz 15 SGB V.

⁵¹ § 87a Absatz 3 Satz 14 SGB V.

⁵² Gesetzesbegründung zum GKV-WSG in Bundestagsdrucksache 16/3100 S. 123.

⁵³ Empfehlungen für ein modernes Vergütungssystem in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Bericht der wissenschaftlichen Kommission für ein modernes Vergütungssystem – KOMV, Dezember 2019, S. XVI; <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/angebotsinduzierte-nachfrage-51753> (abgerufen am 24. Juli 2023).

3 Feststellungen des Bundesrechnungshofes

3.1 Entwicklung der Ausgaben

Die kollektivvertragliche vertragsärztliche Vergütung (MGV und extrabudgetäre Vergütung insgesamt) stieg in den Jahren 2009 bis 2022 von 30,8 auf 44,2 Mrd. Euro an.⁵⁴ Die Ausgaben für MGV und extrabudgetäre Vergütung insgesamt erhöhten sich damit jährlich um durchschnittlich 2,9 %, die Grundlohnsumme um durchschnittlich 2,4 %.⁵⁵ Während das MGV-Volumen in diesen Jahren weitgehend konstant rund 25 Mrd. Euro betrug, stieg die extrabudgetäre Vergütung von 7 auf 19 Mrd. Euro an.⁵⁶ Inwieweit Sonderregelungen aufgrund der Corona-Pandemie die Ausgaben beeinflusst haben, lässt sich nicht sicher einschätzen. Der Anteil der extrabudgetären Vergütung an der gesamten vertragsärztlichen Vergütung hat sich damit in den vergangenen Jahren fast verdoppelt. Er lag im Jahr 2009 bei 22,2 % und im Jahr 2022 bei 42,9 % (Abbildung 1).⁵⁷

⁵⁴ Die Gesamtausgaben für die ambulante vertragsärztliche Versorgung betrugen im Jahr 2022 46,1 Mrd. Euro (Statistik KJ1 des BMG). Die Differenz kommt insbesondere durch die zusätzlichen Ausgaben der Krankenkassen für ambulante ärztliche Leistungen aufgrund von Selektivverträgen zustande, die nicht Gegenstand dieses Berichts sind.

⁵⁵ Eigene Berechnungen auf Grundlage der Mitteilungen des BMG nach § 71 Absatz 3 SGB V (Veränderungsraten der Grundlohnsumme) für die Jahre 2009 bis 2022. Die höchste Steigerung der Grundlohnsumme in diesem Zeitraum fällt auf das Jahr 2020 mit fast 3,7 %.

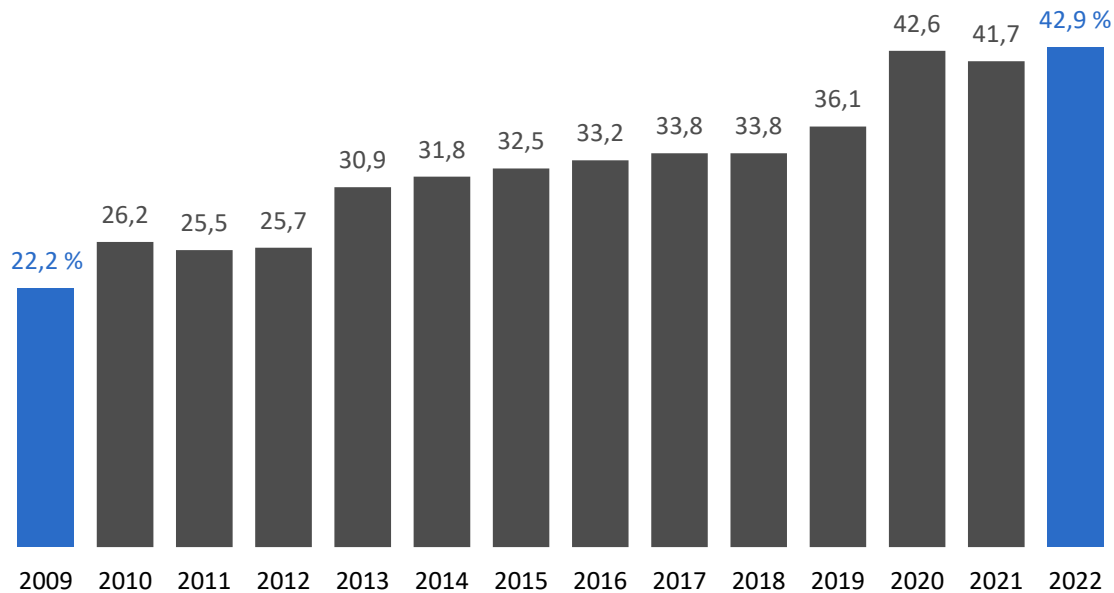
⁵⁶ Die MGV wurde allerdings um einen Teil der jetzt extrabudgetären Vergütungen bereinigt, siehe dazu Tnr. 2.4. Sie wäre deshalb nicht weitgehend konstant geblieben, wenn nicht Vergütungsvolumen für extrabudgetäre Leistungen aus der MGV herausgenommen worden wären.

⁵⁷ Quelle: GKV-Spitzenverband unter Verweis auf die Datenlieferungen nach Formblatt 3 gemäß Anlage 6 zum BMV-Ä.

Abbildung 1

Anteil extrabudgetärer Vergütung fast verdoppelt

In den Jahren 2009 bis 2022 hat sich der Anteil der extrabudgetären Vergütung an der gesamten vertragsärztlichen Vergütung fast verdoppelt.



Grafik: Bundesrechnungshof; Quelle: Daten des GKV-Spitzenverbandes nach Formblatt 3 gemäß § 54 Absatz 2 BMV-Ä.

Der deutliche Anstieg der extrabudgetären Vergütung im Jahr 2013 ist auf psychotherapeutische Leistungen zurückzuführen, der Anstieg seit dem Jahr 2019 auf die mit dem TSVG eingeführten extrabudgetären Leistungen.

Unterschiede bestehen bei den Auszahlungsquoten: Das an Leistungserbringende ausgezahlte Honorar kann von ihrer Abrechnung nach der regionalen Euro-Gebührenordnung abweichen, da die MGV einer Ausgabenbegrenzung unterliegt.⁵⁸ Im Jahr 2019 lagen die Auszahlungsquoten für Hausärztinnen und -ärzte⁵⁹ in den einzelnen KV-Regionen zwischen 83 und 104 %, im Durchschnitt je Quartal zwischen 97 und 99 %. Auszahlungsquoten von unter 95 % gab es im Wesentlichen lediglich in den Stadtstaaten Berlin und Hamburg.⁶⁰

⁵⁸ Siehe dazu auch Tnr. 2.2.

⁵⁹ Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner sowie hausärztlich tätige Internistinnen und Internisten.

⁶⁰ Quelle: Krankenkassenverband unter Verweis auf den Honorarbericht der KBV für die Quartale I bis IV/2019; Auszahlungsquoten über 100 % beruhen auf komplexen Ausgleichsregelungen in HVM aufgrund verschiedener „Honorartöpfe“ für Fachgruppen. Daten für das Jahr 2021 lagen dem Bundesrechnungshof zum Zeitpunkt der Erhebungen nicht vor. Daten aus dem Jahr 2020 sind wegen der bundesweiten Corona-Pandemie wenig aussagekräftig, u. a. weil diese zu geänderter Inanspruchnahme von Leistungserbringenden durch Versicherte führte und die Berechnungsfähigkeit mancher Leistungen ausgeweitet wurde, siehe KBV, Honorarbericht 4/2020, S. 10.

Bei Einführung der neuen Vergütungssystematik nach dem GKV-WSG zum Jahr 2009 führte der BA insgesamt elf Leistungen bzw. Leistungsgruppen auf, die extrabudgetär vergütet wurden. Dazu gehörten die ohnehin gesetzlich vorgeschriebenen extrabudgetären Leistungen (z. B. Drogensubstitution und Leistungen wegen unvorhersehbar gestiegenen Behandlungsbedarfs) sowie regional vereinbarte, nicht im EBM enthaltene Leistungen, ambulante Operationen, Früherkennungsuntersuchungen (Prävention) und Strahlentherapieleistungen. In den Folgejahren erweiterte sich dieser Katalog durch Empfehlungen des BA und enthält inzwischen 68 Leistungen bzw. Leistungsgruppen. Dazu gehören etwa Herzkatheteruntersuchungen, palliativmedizinische Versorgungsleistungen und Leistungen im Bereich Digitalisierung/Telemedizin wie Videosprechstunden.

3.2 Eindeckung und Evaluation

Nach Angaben des GKV-Spitzenverbandes existierten zuletzt 81 gesetzliche und vereinbarte extrabudgetäre Leistungsbereiche.⁶¹ GKV-Spitzenverband und KBV haben im BA regelmäßig zu entscheiden, ob extrabudgetär vergütete Leistungen weiter extrabudgetär finanziert oder in die MGV überführt werden sollen. Dazu vergibt der BA Evaluierungsaufträge an das Institut des Bewertungsausschusses (InBA), wie sich vom BA beschlossene EBM-Leistungen etabliert haben.

Vereinbarte extrabudgetäre Leistungen wurden in der Vergangenheit kaum in die MGV überführt („Eindeckung“). Die Krankenkassen vergüten deshalb einzelne Leistungen seit mehr als zehn Jahren extrabudgetär. Es fehlt an einheitlichen und objektiven Kriterien zur Überführung von neuen Leistungen in die MGV. Der BA hat bislang auch nicht definiert oder empfohlen, unter welchen Voraussetzungen eine Leistung im Sinne des § 87a Absatz 3 Satz 6 SGB V als besonders förderungswürdig anzusehen ist.

Von den 81 extrabudgetären Leistungsbereichen lagen Evaluierungen für nur 25 Bereiche vor.⁶² Die TSVG-Konstellationen waren zwar evaluiert, aus Sicht des Bundesrechnungshofes aber nicht sachgerecht. Die Evaluierung befasste sich bislang nicht damit, inwieweit die TSVG-Ziele erreicht wurden. Insbesondere war die Verkürzung der Terminwartezeiten nicht Gegenstand der Untersuchung. Das BMG und der BA befassen sich derzeit damit, diese Evaluierungen zielgerichteter auszugestalten.

⁶¹ Zur zahlenmäßigen Differenz zwischen diesen 81 und den vom BA empfohlenen 68 extrabudgetären Leistungsbereichen: Teilweise wurden mehrere der 81 Leistungsbereiche in Einträgen zusammengefasst.

⁶² Stand: Mai 2022.

3.3 TSVG-Konstellationen

3.3.1 Vergütung und Kennzeichnung

Die einzelnen TSVG-Konstellationen traten zeitlich gestaffelt im Wesentlichen zwischen Mitte 2019 und Anfang 2020 in Kraft. Die Bereinigung der MGV mussten die Vertragspartner zunächst lediglich ein Jahr lang nach der jeweiligen Einführung durchführen. Sie betraf alle TSVG-Konstellationen ohne die extrabudgetären Zuschläge. Bis Jahresende 2022 erhielten Ärztinnen und Ärzte 11,8 Mrd. Euro. Bis Ende 2021 vergüteten Krankenkassen für TSVG-Leistungen 7,4 Mrd. Euro. Ihr Mehraufwand⁶³ betrug dabei rund 1,1 Mrd. Euro. Davon sind 748 Mio. Euro doppel-finanziert: Die betroffenen Leistungen sind in der MGV einkalkuliert bzw. werden hiermit abgegolten. Zusätzlich werden sie extrabudgetär durch die GKV vergütet.⁶⁴

Im Jahr 2022 zahlten Krankenkassen für Behandlungsfälle in TSVG-Konstellationen und Zuschläge insgesamt 4,4 Mrd. Euro, das sind 11 % des Gesamthonorars.⁶⁵ Tabelle 1 zeigt die Anteile der einzelnen TSVG-Konstellationen.

Tabelle 1

TSVG-Leistungen im Jahr 2022 nach Konstellationen

	Ausgaben für TSVG-Leistungen	Anteil an TSVG- Konstellationen
	<i>in Mio. Euro</i>	<i>in %</i>
TSS-Terminfall	48,5	1,1
TSS-Akutfall	11,0	0,3
Hausarzt-zu-Facharzt-Vermittlung	58,9	1,3
Neupatientenregelung	3 775,2	85,0
offene Sprechstunde	547,1	12,3
alle TSVG-Konstellationen	4 440,7	100,0

Quelle: InBA.

Laut Evaluationsberichten der KBV zu den TSS stieg die Anzahl der Vermittlungswünsche seit Einrichtung der TSS im Jahr 2016 kontinuierlich und deutlich an. Im Jahr 2021 wurden

⁶³ Mehraufwendungen ergeben sich aus den Ausgaben der Krankenkassen für TSVG-Leistungen abzüglich der Ausgaben der Krankenkassen, die ohne Einführung der TSVG-Vergütungsregelungen gezahlt worden wären. U. a. vergüten Krankenkassen die Behandlungsfälle extrabudgetär nach der Euro-Gebührenordnung. Würden diese Behandlungsfälle innerhalb der MGV vergütet, so müssten sie budgetiert werden.

⁶⁴ Siehe erläuternd Tnr. 2.4.

⁶⁵ Das Honorar von Ärztinnen und Ärzten, deren Abrechnungsgruppe keine Leistungen innerhalb von TSVG-Konstellationen erbracht hat, wird nicht berücksichtigt.

bundesweit 744 497 berechnete Vermittlungswünsche über die TSS aufgenommen (Jahr 2020: 561 523). Davon vermittelte die TSS 567 424 Termine fristgemäß (Jahr 2020: 446 064), ein Anstieg zum Vorjahr von 27 %.⁶⁶ Der starke Anstieg ließ sich nach Auffassung der KBV insbesondere auf den Bekanntheitsgrad der Servicenummer und ihren Bedeutungszugewinn zurückführen.⁶⁷ Das Bereinigungsvolumen in dem auf ein Jahr begrenzten Bereinigungszeitraum betrug für TSS-Akutfälle 6,6 Mio. Euro und für TSS-Terminfälle 15,8 Mio. Euro.

Um die MGV zu bereinigen, müssen die in TSVG-Konstellationen erbrachten Leistungen gekennzeichnet sein. Bereits im Jahr 2020 zeigte sich, dass das Bereinigungsvolumen geringer als erwartet ausfiel. Dies resultierte aus Sicht des BMG vor allem aus einer unvollständigen Kennzeichnung der TSVG-Leistungen durch die Vertragsärztinnen und -ärzte. Die daraus folgende Unterbereinigung beziffert sich auf bis zu 2,5 Mrd. Euro.⁶⁸ Laut InBA sei die von Teilen der Ärzteschaft häufig angeführte Minderkennzeichnung aufgrund der Corona-Pandemie zu vernachlässigen.

Das BMG vertrat die Auffassung, die Regelungen des TSVG seien auf eine Doppelfinanzierung durch Unterbereinigung angelegt, da der Bereinigungszeitraum auf ein Jahr begrenzt wurde. Einige TSVG-Konstellationen benötigten eine Anlaufphase, bis sich die Leistungen voll etabliert hätten. Zudem sei in Kauf genommen worden, dass Vertragsärztinnen und -ärzte während des Bereinigungszeitraums zurückhaltend kennzeichneten.

Zur Begrenzung der Doppelfinanzierung beschloss der Gesetzgeber die Korrektur der Bereinigung und die Kennzeichnungspflicht seit dem 1. Juli 2021.⁶⁹

3.3.2 Zeitnahe vertragsärztliche Versorgung

Es gibt keine gesicherten Daten, die für die Vergangenheit unverhältnismäßig lange Wartezeiten belegen. Vor dem TSVG existierten zwar vereinzelt Auswertungen zu Terminwartezeiten, z. B. von der KBV, dem GKV-Spitzenverband oder von online-Plattformen.⁷⁰ Verlässliche

⁶⁶ KBV, Tätigkeit der TSS, Evaluationsbericht 2021 gemäß § 75 Absatz 1a Satz 19 SGB V vom 24. Juni 2022, Evaluationsbericht 2020 gemäß § 75 Absatz 1a Satz 19 SGB V vom 11. Juni 2021.

⁶⁷ KBV, Tätigkeit der TSS, Evaluationsbericht 2020 gemäß § 75 Absatz 1a Satz 19 SGB V vom 11. Juni 2021, S. 13. Durch die Corona-Pandemie hat die Servicenummer zusätzliche Aufgaben erhalten.

⁶⁸ Schätzung des InBA.

⁶⁹ § 87a Absatz 3 Satz 13 SGB V. Vgl. Tnr. 2.4.

⁷⁰ KBV-Versichertenbefragung 2018 – Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage von April bis Juni 2018, veröffentlicht im Juli 2018. „Was erwarten die Versicherten von der ambulanten ärztlichen Versorgung? – Repräsentative Versichertenbefragung der Bevölkerung durch den GKV-Spitzenverband 2022“, in: „90 Prozent“ (Online-Magazin des GKV-Spitzenverbandes), Ausgabe 33, Dezember 2022. Berufsverband Niedergelassener Chirurgen e. V., Publikation vom 19. Dezember 2017 online unter https://bncev.de/aktuelles?tx_news_pi1%5Baction%5D=detail&tx_news_pi1%5Bcontroller%5D=News&tx_news_pi1%5Bnews%5D=1139&cHash=4e7d1638e46bbb9d29cc52358883b4d6 (abgerufen am 24. Juli 2023). Welt.de unter <https://www.welt.de/wirtschaft/article242606111/Wartezeit-fuer-Termine-beim-Facharzt-koennte-2023-noch-laenger-werden.html> (abgerufen am 24. Juli 2023). RBB online unter <https://www.rbb24.de/panorama/beitrag/2022/10/wartezeiten-patienten-privat-gesetzlich-daten-vergleich.html> (abgerufen am 24. Juli 2023).

Hinweise zu unverhältnismäßig langen Wartezeiten gesetzlich Krankenversicherter gegenüber privat Versicherten ließen sich daraus nicht ableiten.

Auch das BMG stellte im Juli 2018 fest, es gebe keine offiziellen Wartezeitenlisten, aber unterschiedliche Studien, z. B. der KBV, der privaten Krankenversicherung und weiterer Organisationen. Diese seien subjektiv geprägt und abhängig von der konkreten Fragestellung. Im Ergebnis ging das BMG davon aus, dass die Art der Krankenversicherung insbesondere bei Fachärztinnen und -ärzten einen Einfluss auf die Terminwartezeit haben kann. Im hausärztlichen Bereich spiele die Art der Versicherung eine eher untergeordnete Rolle. Insgesamt lasse sich ein erhebliches Wartezeitenproblem nicht belegen. Im internationalen Vergleich seien die Wartezeiten gering.

3.3.3 Offene Sprechstunde

Sowohl nach Angaben des GKV-Spitzenverbandes als auch der KBV hatten Vertragsärztinnen und -ärzte bereits vor Inkrafttreten des TSVG mehr Sprechstunden als die seit dem TSVG geforderten 25 Stunden angeboten, laut KBV im Schnitt 32 Stunden.⁷¹

Das BMG teilte mit, es habe Hinweise erhalten, dass für Patientinnen und Patienten die offenen Sprechstunden oft nicht zu erkennen seien. Die Meldung ihrer offenen Sprechstunden durch die Vertragsärztinnen und -ärzte und die Kontrolle erfolgten auf Landesebene. Das BMG habe bei der KBV darauf gedrängt, dass die Regelungen umgesetzt würden. Nach Angaben der KBV habe sie keine Erkenntnisse zu regionalen Kontrollmaßnahmen der KVen.⁷²

3.3.4 Zuschlag für Hausarzt-zu-Facharzt-Vermittlung

Die Höhe des Zuschlages ist gesetzlich auf mindestens 15 Euro pro Vermittlung festgelegt.⁷³ Für die allgemeine und fortgesetzte ärztliche Betreuung von Versicherten erhalten Hausärztinnen und -ärzte nach dem EBM eine Versichertenpauschale von 13,10 Euro.⁷⁴ GKV-Spitzenverband und Krankenkassen wiesen deshalb gegenüber dem Bundesrechnungshof darauf

⁷¹ Pressegespräch am 18. Oktober 2018 zum „Ärztemonitor 2018“; Statement des Vorsitzenden des Vorstands der KBV.

⁷² Zu diesen Kontrollmaßnahmen der regionalen KVen siehe § 19a Absatz 4 Ärzte-ZV.

⁷³ § 87 Absatz 2b Nummer 4 SGB V. Das Gesetz wird über eine EBM-Abrechnungsziffer umgesetzt. Deren Wert beträgt nicht genau 15 Euro, sondern wird in Punkten ausgegeben. Hausarztpraxen erhielten bis zum 31. Dezember 2022 für die Hausarztvermittlungsfälle gemäß EBM GOP 03008 10,48 Euro. Seit dem 1. Januar 2023 werden 15,05 Euro vergütet. Quelle: Online-EBM der KBV unter <https://www.kbv.de/html/13259.php?srt=relevance&stp=fulltext&q=03008&s=Suchen> (abgerufen am 24. Juli 2023). Vgl. Tnr. 2.3.2.

⁷⁴ KBV, online unter <https://www.kbv.de/html/online-ebm.php> (abgerufen am 24. Juli 2023). Betrachtet werden Personen zwischen 19 und 54 Jahren (Gebührenordnungsposition 03000). Mit der Versichertenpauschale werden etwa vertragsärztliche Leistungen wie die allgemeine und fortgesetzte ärztliche Betreuung eines Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis seines häuslichen und familiären Umfeldes und die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen abgegolten.

hin, die Festlegung ärztlicher Vergütungen durch den Gesetzgeber führe zu Ungleichgewichten. Sie orientiere sich nicht an der Bewertung vergleichbarer Leistungen im EBM, störe so das Bewertungsgefüge ärztlicher Leistungen untereinander und führe zu Fehlanreizen in der Versorgung. Auch könnten diese Vergütungen nicht im Rahmen der regelmäßigen Weiterentwicklung des EBM überprüft und gegebenenfalls angepasst werden.

Nach Angaben des BMG habe es keine dem Vorgehen des BA vergleichbare Kalkulation der Zuschläge gegeben.

3.4 Entbudgetierung der hausärztlichen Vergütung

Nach dem aktuellen Koalitionsvertrag der die Bundesregierung tragenden Parteien soll die Budgetierung der hausärztlichen Honorare aufgehoben werden.⁷⁵ Dies würde etwa 55 000 Hausärztinnen und -ärzte betreffen.⁷⁶

Der GKV-Spitzenverband bezifferte gegenüber dem Bundesrechnungshof die zu erwartenden Mehrausgaben der GKV auf 200 bis 300 Mio. Euro pro Jahr. Insbesondere habe eine Entbudgetierung in unterversorgten – ländlichen bzw. strukturschwachen – Regionen wegen der hohen Auszahlungsquoten von (nahezu) 100 % kaum einen Effekt.

Die KBV weist deutlich unterversorgte Gebiete (Versorgungsgrad bis 89 %) ausschließlich in ländlichen Räumen aus. Deutliche Überversorgung (Versorgungsgrad über 110 %) findet sich häufig in Ballungszentren und deren Umland (z. B. Berlin, Hamburg, Bonn, Freiburg, Frankfurt am Main, München).⁷⁷

Inzwischen forderten die Fachärzteverbände ebenfalls die Entbudgetierung der Honorare ihrer Mitglieder.⁷⁸

3.5 Finanzielle Lage der gesetzlichen Krankenversicherung

Die finanzielle Lage der GKV hat sich in den vergangenen Jahren deutlich verschlechtert. Das lässt sich an der Entwicklung des vom BMG jährlich bestimmten durchschnittlichen Zusatz-

⁷⁵ Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag 2021 – 2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und den Freien Demokraten (FDP), im Folgenden: Koalitionsvertrag, S. 66.

⁷⁶ Stand: 2022, siehe <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16393.php> (abgerufen am 24. Juli 2023).

⁷⁷ Stand: 2022, <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17016.php> (abgerufen am 6. September 2023).

⁷⁸ So der Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e. V. im Positionspapier zum aktuellen Koalitionsvertrag „Nachhaltiger Fortschritt für die fachärztliche Versorgung unserer Patientinnen und Patienten in Klinik und Praxis“, S. 9. Für vertragsärztlich tätige Kinderärztinnen und -ärzte einschließlich Kinder- und Jugendpsychiatern hat der Gesetzgeber die Budgetierungen bereits aufgehoben, siehe Artikel 1 Nummern 2 bis 4 Gesetz zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland – und zur Änderung weiterer Gesetze vom 11. Mai 2023, BGBl. I S. 123.

beitrags erkennen.⁷⁹ Im Jahr 2022 lag dieser – wie schon 2021 – bei 1,3 % der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder gegenüber 1,1 % im Jahr 2020 und 0,9 % im Jahr 2019. Mit einkommensabhängigen Zusatzbeiträgen gleichen Krankenkassen individuell die zu erwartende Differenz zwischen Ausgaben und Einnahmen aus dem Gesundheitsfonds⁸⁰ aus.⁸¹ Insbesondere anlässlich der Corona-Pandemie gab es wiederholt Maßnahmen, um die GKV-Finanzen zu stabilisieren. So leistete der Bund zusätzlich zum gesetzlichen Bundeszuschuss von 14,5 Mrd. Euro

- im Jahr 2020 einen ergänzenden Bundeszuschuss von 3,5 Mrd. Euro;⁸²
- im Jahr 2021 einen ergänzenden Bundeszuschuss von 5 Mrd. Euro;
- im Jahr 2022 einen ergänzenden Bundeszuschuss von 14 Mrd. Euro (zudem leisteten die Krankenkassen 8 Mrd. Euro aus ihren Finanzreserven, der Gesundheitsfonds führte 1,5 Mrd. Euro aus seiner Liquiditätsreserve den Einnahmen zu);
- im Jahr 2023 erhöhte der Bund seinen Zuschuss an den Gesundheitsfonds wegen eines erwarteten deutlichen Finanzierungsdefizits der GKV um 2 Mrd. Euro und ermöglichte ein Darlehen von 1 Mrd. Euro an den Gesundheitsfonds (die Krankenkassen leisteten zudem eine Vermögensabgabe von 2,5 Mrd. Euro, aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds flossen 4,7 Mrd. Euro den Einnahmen zu).⁸³

Das BMG legte den durchschnittlichen Zusatzbeitrag für das Jahr 2023 auf 1,6 % fest, 0,3 Prozentpunkte höher als im Vorjahr. Durch den demografischen Wandel, die zu erwartende rückläufige Zahl der Beschäftigten und den medizinisch-technischen Fortschritt erwartet das BMG für die nächsten Jahre einen weiteren Anstieg der Unterdeckung.⁸⁴

⁷⁹ Grundlage des vom BMG bestimmten durchschnittlichen Zusatzbeitrags sind die Prognosen des Schätzerkreises. Der Schätzerkreis prognostiziert die Höhe der Einnahmen und Ausgaben in der GKV jeweils für das laufende Haushaltsjahr und für das Folgejahr. Er besteht aus Fachleuten des BMG, des Bundesamtes für Soziale Sicherung (BAS) und des GKV-Spitzenverbandes, siehe § 220 Absatz 2 SGB V.

⁸⁰ Zu Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds siehe § 266 SGB V.

⁸¹ § 242 SGB V. Diese kassenindividuellen Zusatzbeiträge kommen für die Mitglieder der einzelnen Krankenkassen zum allgemeinen Beitragssatz von 14,6 % ihrer beitragspflichtigen Einnahmen gemäß § 241 SGB V hinzu.

⁸² § 221a Absatz 1 SGB V. Diese ergänzenden Bundeszuschüsse traten zum jährlich zu zahlenden Bundeszuschuss nach § 221 Absatz 1 SGB V in Höhe von 14,5 Mrd. Euro hinzu.

⁸³ §§ 221a Absatz 5, 272b SGB V.

⁸⁴ Vgl. Information über die Entwicklung des Einzelplans 15 (Bundesministerium für Gesundheit) für die Beratungen zum Bundeshaushalt 2023, online unter https://www.bundesrechnungshof.de/SiteGlobals/Forms/Suche/Berichtssuche/Berichtssuche_Formular.html?cl2Categories_Ressort=bmg (abgerufen am 24. Juli 2023).

4 Vorläufige Würdigung und Empfehlungen

4.1 Grundkonzept morbiditätsorientierte Gesamtvergütung

Der Bundesrechnungshof hat problematisiert, dass die Morbiditätsentwicklung als Grundlage für die Höhe ärztlicher Vergütung in den vergangenen Jahren an Bedeutung verloren hat. Das Grundkonzept der MGV wird durch den stetig steigenden Anteil der extrabudgetären Vergütung zunehmend ausgehöhlt. Dieser liegt inzwischen bereits bei über 40 %.

Darüber hinaus hat der Bundesrechnungshof die Gefahr weiterer Mengenausweitungen extrabudgetärer Leistungen und daraus folgend deutlich steigende Honorarforderungen gesehen. Dies könnte höhere Beitragssätze oder höhere Bundeszuschüsse aus Steuermitteln für den Gesundheitsfonds erfordern und sich damit zumindest mittelbar auf alle Versicherten bzw. Steuerzahlenden auswirken. Zudem können Anreize zu Leistungsmengenausweitungen wegen der „angebotsinduzierten Nachfrage“ zu Fehlversorgungen führen.

Der Bundesrechnungshof hat empfohlen, dass die MGV wieder der Regelfall bei der Vergütung ärztlicher Leistungen sein und der Ausgabenanteil der extrabudgetären Leistungen deutlich reduziert werden sollte. Extrabudgetäre Vergütungen müssen durch Wirtschaftlichkeit bzw. höhere Qualität der Versorgung gerechtfertigt sein. Der BA sollte für sich selbst und die regionalen Vertragspartner verbindliche Kriterien bestimmen, nach denen eine Leistung im Sinne von § 87a Absatz 3 Satz 6 SGB V als besonders förderungswürdig extrabudgetär vergütet werden kann. Gegebenenfalls sind hierfür die gesetzlichen Grundlagen zu schaffen.

4.2 Evaluierung und Überführung in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung

Der Bundesrechnungshof hat nicht nachvollziehen können, weshalb immer mehr vereinbarte Leistungen dauerhaft – zum Teil seit mehr als 10 Jahren – extrabudgetär vergütet werden, anstatt sie in die MGV zu überführen. Er hat es deshalb für erforderlich gehalten, extrabudgetär vergütete Leistungen fortwährend zu evaluieren und kritisch zu überprüfen, ob ihre Vergütung außerhalb der MGV (noch) sachgerecht und notwendig ist.

Der Bundesrechnungshof hat empfohlen, dass der BA verbindliche Kriterien bestimmen sollte, nach denen extrabudgetäre Leistungen in die MGV einbezogen werden. Anhand dieser Kriterien wäre darüber zu entscheiden, die entsprechenden Leistungen in die MGV zu überführen. Grundlage solcher Entscheidungen müssen regelmäßige Evaluierungen aller extrabudgetären Leistungen im Hinblick auf Wirtschaftlichkeit und Versorgungsqualität sein.

4.3 TSVG

Vergütung für TSVG-Leistungen

Die TSVG-Regelungen stellen Sonderfälle einer extrabudgetären Vergütung dar, weil sie überwiegend auf Tatbestände der Praxisorganisation abstellen. Zudem vergüten sie Leistungen, die bereits vom Sicherstellungsauftrag erfasst und in der MGV bereits berücksichtigt sind. Der Bundesrechnungshof hat beanstandet, dass die TSVG-Vergütungsregelungen deshalb zu Doppelfinanzierungen führen. Das BMG hat dies billigend in Kauf genommen. Die extrabudgetäre Vergütung eines Behandlungsfalls und seine gleichzeitige Berücksichtigung innerhalb der MGV aufgrund unzureichender Bereinigung ist unwirtschaftlich. Die gesetzlichen Korrekturen der Bereinigung betrafen nur die offene Sprechstunde und die Neupatientenregelung, d. h. die TSVG-Konstellationen mit den höchsten Ausgaben. Aber auch für TSS-Akutfälle und TSS-Terminfälle zahlten die Krankenkassen im Jahr 2022 knapp 60 Mio. Euro. Dem stand eine Bereinigung von nur 22,4 Mio. Euro gegenüber.⁸⁵ Da die Zahl der über die TSS vermittelten Fälle maßgeblich von ihrem steigenden Bekanntheitsgrad abhängt, ist mit einer über die Jahre weiter anwachsenden Doppelfinanzierung zu rechnen.

Der Bundesrechnungshof hat das BMG aufgefordert darauf hinzuwirken, Doppelfinanzierungen zu vermeiden. Zudem schaffen strategische Kennzeichnungsmöglichkeiten für Leistungserbringende mit dem Ziel mittel- oder langfristiger Honoraroptimierungen Fehlanreize und sind nicht tolerabel oder gar erstrebenswert.

Zeitnahe vertragsärztliche Versorgung

Der Bundesrechnungshof hat beanstandet, dass er keinen ausreichenden Beleg für problematische Terminwartezeiten gesetzlich Versicherter vor Inkrafttreten des TSVG gefunden hat. Sogar das BMG selbst ging davon aus, dass ein Problem bei den Terminwartezeiten nicht belegt werden konnte. Es hätte im Vorfeld des TSVG notwendige Kennzahlen zu den Terminwartezeiten erheben und eine valide Vergleichsbasis schaffen müssen. Der Bundesrechnungshof hat empfohlen, entsprechende Gesetzesinitiativen stets auf aussagekräftige Feststellungen zu stützen, die eine Problemlage und Handlungsnotwendigkeit belegen.

Offene Sprechstunde

Der Bundesrechnungshof hat bezweifelt, dass die extrabudgetäre Vergütung für offene Sprechstunden zu einer besseren Versorgung durch geringere Terminwartezeiten führt.

⁸⁵ Vgl. Tnr. 3.3.1. Die gestiegene Anzahl an Vermittlungen durch die TSS (Mengenausweitung) und die darauf bezogenen Zuschläge führen zu einer Doppelfinanzierung. Ihr Umfang bemisst sich im Wesentlichen nach den Zahlungen der Krankenkassen für TSS-Akutfälle und TSS-Terminfälle (60 Mio. Euro im Jahr 2022) abzüglich der erfolgten Bereinigung (22,4 Mio. Euro).

Bereits vor dem TSVG hatten die meisten Vertragsärztinnen und -ärzte Sprechzeiten von durchschnittlich mehr als 25 Stunden in der Woche angeboten. Ob Versicherte durch die Regelungen zu offenen Sprechstunden im TSVG einen besseren Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung erhielten, überprüfte das BMG bislang nicht. Immerhin erhalten auch Vertragsärztinnen und -ärzte die extrabudgetäre Vergütung, die ihre Arbeitszeiten lediglich umverteilen. Anreize zu höheren Vergütungen sollten auf validen Feststellungen beruhen und eine verbesserte Versorgung annehmen lassen.

Zuschlag für Hausarzt-zu-Facharzt-Vermittlung

Der Bundesrechnungshof hat darauf hingewiesen, dass es zu Verwerfungen innerhalb der Vergütungssystematik des EBM kommen kann. Der Gesetzgeber hat die Bewertung vertragsärztlicher Leistungen und ihre fortlaufende Überprüfung dem BA und damit der Selbstverwaltung überlassen. Innerhalb der Vergütungssystematik des EBM sind Leistungen kalkuliert und von den Selbstverwaltungspartnern verhandelt. Der EBM legt dabei keine Preise ärztlicher Leistungen fest, sondern gewichtet sie zueinander. Das TSVG bestimmte hingegen Mindestpauschalen bzw. Zuschläge in absoluten Euro-Beträgen, deren Kalkulation nicht nachvollziehbar war und die in Relation sehr hoch erscheinen.

Gesamtergebnis zu den Vergütungsregelungen des TSVG

Der Bundesrechnungshof hat kritisiert, dass die Notwendigkeit der mit dem TSVG eingeführten Regelungen nicht hinreichend belegt war. Es gab keine ausreichend belastbaren Feststellungen einer Problemlage mit Handlungsnotwendigkeit. Auch die Eignung der getroffenen Regelungen zur Behebung angenommener Missstände war nicht hinreichend belegt. Es erscheint zudem fraglich, ob und gegebenenfalls inwieweit sich die Versorgungsqualität durch die TSVG-Neuerungen tatsächlich verbessert hat. Der Bundesrechnungshof hat deshalb empfohlen, die mit dem TSVG eingeführten Vergütungsregelungen einschließlich der Anpassungen durch das GKV-FinStG (Erhöhung von Zuschlägen) zu streichen.

Die TSVG-Konstellationen gewähren zusätzliche Vergütungen überwiegend allein für die Begleitumstände vertragsärztlicher Leistungen (z. B. Zeitpunkt und Art der Terminvergabe), die Leistungserbringende ohnehin als Bestandteil des Sicherstellungsauftrages gewährleisten müssen.

4.4 Entbudgetierung der hausärztlichen Vergütung

Der Bundesrechnungshof hat davon abgeraten, die Budgetierung im hausärztlichen Versorgungsbereich vollständig aufzuheben. Angesichts der bundesweiten durchschnittlichen Auszahlungsquoten von 97 bis 99 % brächte die Aufhebung der Budgetierung für die meisten Leistungserbringenden keinen maßgeblichen finanziellen Vorteil, insbesondere nicht in unterversorgten Regionen. Für ausreichend oder überversorgte Regionen erscheint es unter

Versorgungsgesichtspunkten ohnehin nicht notwendig, finanzielle Anreize zur Leistungsausweitung durch eine Entbudgetierung der Vergütung zu schaffen. In der Summe kann der vollständige Wegfall der Quotierung jedoch zu erheblichen Mehrkosten führen, die der GKV-Spitzenverband auf einen dreistelligen Millionenbetrag beziffert.

Darüber hinausgehende Entbudgetierungen hat der Bundesrechnungshof vor dem Hintergrund von Wirtschaftlichkeit und Versorgungsqualität, der schwierigen finanziellen Lage der GKV sowie der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung abgelehnt.

5 Stellungnahmen

5.1 Stellungnahme des Bundesministeriums für Gesundheit

Das BMG hat den Ausführungen und Empfehlungen des Bundesrechnungshofes nur teilweise zugestimmt. Der Gesetzgeber habe mit dem GKV-FinStG die sogenannte Neupatientenregelung zum 31. Dezember 2022 beendet. Damit werde der Anteil der ausgabenbegrenzenden MGv deutlich steigen und so die Wirtschaftlichkeit der Versorgung gestärkt.

Das BMG werde prüfen, ob es sachgerecht ist, dass der BA für die Vereinbarung extrabudgetärer Vergütungen bundesweit verbindliche Kriterien beschließt, um die Transparenz zu erhöhen und die Ausweitung der extrabudgetär zu vergütenden Leistungen zu verhindern. Dies gelte auch für den weiteren Vorschlag des Bundesrechnungshofes, nach diesen Kriterien fortwährend zu prüfen, inwieweit bestehende extrabudgetäre Leistungen in die MGv einbezogen werden sollten (umfassende Evaluation im Hinblick auf Wirtschaftlichkeit und Auswirkungen auf die Versorgungsqualität). Allerdings trügen die gesetzlichen Regelungen in § 87a Absatz 3 Satz 6 SGB V, die die Vertragspartner der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärztinnen und Ärzten sowie Krankenkassen bei der Vereinbarung extrabudgetärer Leistungen zu beachten hätten, dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Beitragssatzstabilität bereits Rechnung.

Das BMG hat zum TSVG ausgeführt, dass dieses unabhängig von der Verkürzung von Terminwartezeiten darauf abgezielt habe, den Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung durch Erweiterung des Sprechstundenangebots zu verbessern. Dafür seien das Mindestsprechstundenangebot von 20 auf 25 Stunden erhöht und offene Sprechstunden ausgeweitet worden. Diese Maßnahmen würden mit extrabudgetären Vergütungen ohne Mengenbegrenzungen und durch Abrechnungs-, Bereinigungs- und Evaluationsregelungen flankiert.

Nach aktuellen Daten des InBA aus dem März 2023 sei die MGv insgesamt um 3,8 Mrd. Euro bereinigt worden und der GKV ein Mehraufwand in Höhe von bislang 373 Mio. Euro entstanden. Über die bereinigungsrelevante Vergütung hinaus seien der GKV für zusätzliche gekennzeichnete TSVG-Leistungen Mehrausgaben von insgesamt rund 831 Mio. Euro entstanden. Über die Jahre 2019 bis 2022 lägen die Mehrausgaben für die vertragsärztliche Versorgung damit beim erwarteten jährlichen mittleren dreistelligen Millionenbetrag.

Laut InBA sei der Einfluss der höheren TSVG-Vergütungen auf die Zahl der Arztgruppenfälle schwer zu beurteilen. Ein positiver Effekt der TSVG-Regelungen sei zwar nicht zu beobachten, aber wegen des sehr starken negativen Corona-Effektes auch nicht zu erwarten gewesen. Insgesamt gebe es weder Belege für noch gegen eine Versorgungsverbesserung durch die extrabudgetäre Vergütung.

Das BMG könne die Empfehlung nachvollziehen, dass gesetzliche Regelungen nicht zur Unterbereinigung von Leistungen führen sollten. Auch dürften Leistungserbringende ihre Honorarabrechnungen nicht durch strategische Kennzeichnungen beeinflussen können. Der Forderung des Bundesrechnungshofes im Hinblick auf die Bereinigung der MGV für die offenen Sprechstunden sei bereits Rechnung getragen worden.

Im Hinblick auf die Wartezeiten auf die vertragsärztliche Versorgung hat es das BMG grundsätzlich für nachvollziehbar gehalten, dass entsprechende Gesetzesinitiativen auf aussagekräftigen Feststellungen beruhen sollten, die eine Problemlage und Handlungsnotwendigkeit belegen. Jedoch dürften valide und objektive Feststellungen von Handlungsbedarfen etwa zu Warte- und Sprechstundenzeiten auch künftig kaum oder nur mit sehr hohem zusätzlichen Erhebungs- und Analyseaufwand möglich sein. Gesundheitspolitische Entscheidungen sollten aber auch oder nur aufgrund von Umfrageergebnissen möglich bleiben. Die steigende Anzahl berechtigter Vermittlungswünsche an die TSS zeige, dass Versicherte nicht zwingend ohne weitere Hilfe einen Arzttermin erhalten können.

Zudem müsse der Gesetzgeber vorausschauend handeln können, um eine Problemlage rechtzeitig bewältigen zu können. So würden in den nächsten Jahren insbesondere auf dem Land immer mehr Ärztinnen und Ärzte ohne Praxisnachfolger in den Ruhestand gehen. Zugleich werde die Bevölkerung älter, was in der Regel mit einer höheren ärztlichen Behandlungsbedürftigkeit einhergehe. Dafür müsse rechtzeitig eine fundierte Lösung implementiert werden.

Hinsichtlich der offenen Sprechstunden hat das BMG dem Bundesrechnungshof grundsätzlich zugestimmt, dass es Vergütungserhöhungen nur geben sollte, wenn sie aufgrund valider Feststellungen zu einer verbesserten Versorgung führen und wirtschaftlich sind. Allerdings seien Vergütungserhöhungen auch dann wirtschaftlich, wenn durch sie Kostensteigerungen bei dem Betrieb einer Praxis ausgeglichen werden. Die Forderung nach validen Feststellungen erscheine im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung nicht immer umsetzbar. Prognostische Entscheidungen müssten zulässig bleiben, da der Gesetzgeber ansonsten in einem sich dynamisch entwickelnden Bereich wie der Krankenversicherung handlungsunfähig sei.

Im Hinblick auf den gesetzlich festgelegten Zuschlag für die Hausarzt-zu-Facharzt-Vermittlung hat das BMG darauf hingewiesen, dass bereits vor der Einführung des TSVG auf regionaler Ebene Vergütungszuschläge für Vermittlungen zwischen KVen und Krankenkassen vereinbart waren, an denen es sich teilweise orientiert habe. Der Gesetzgeber habe durch den Zuschlag gezielt Mindestanreize gesetzt, die Vermittlungsleistung entsprechend der Zielsetzung des TSVG zu erbringen. In Verbindung mit der gesetzlich vorgesehenen Evaluation könne der Gesetzgeber den Zuschlag jederzeit absenken, streichen oder einer Neubewertung durch den BA überlassen. Der grundsätzliche Hinweis des Bundesrechnungshofes, die

Festsetzung der Höhe der vertragsärztlichen Vergütungen obliege aus guten Gründen der gemeinsamen Selbstverwaltung im EBM, sei nachvollziehbar.

Resümierend zum TSVG hat das BMG darauf hingewiesen, durch die Abschaffung der Neupatientenregelung würden nahezu 90 % der bisherigen mit dem TSVG verbundenen Mehrausgaben vermieden. Die übrigen TSVG-Vergütungsregelungen würden zu gegebener Zeit evaluiert und gegebenenfalls weiterentwickelt.

Im Hinblick auf die Entbudgetierung hausärztlicher Leistungen bleibe abzuwarten, wann und in welchem Umfang dieses Vorhaben gesetzgeberisch aufgegriffen werde.

Auch aus Sicht des BMG hat sich die finanzielle Lage der GKV in den vergangenen Jahren verschlechtert. Durch das GKV-FinStG seien jedoch erstmals seit einer Dekade dauerhafte Einsparungen auf der Ausgabenseite erzielt worden. Zudem habe das BMG gemäß § 220 Absatz 4 SGB V Empfehlungen für eine stabile, verlässliche und solidarische Finanzierung der GKV erarbeitet, die derzeit innerhalb der Bundesregierung beraten würden.

5.2 Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes

Der GKV-Spitzenverband hat den Ausführungen und Empfehlungen des Bundesrechnungshofes weitgehend zugestimmt. Die Finanzierung von Leistungen im Rahmen der MGV sollte den Regelfall darstellen und der Anteil extrabudgetär zu vergütender Leistungen auf das tatsächlich Notwendige reduziert werden. Eine Aufhebung der Budgetierung im hausärztlichen bzw. fachärztlichen Versorgungsbereich lehnt der GKV-Spitzenverband wegen der massiven negativen Folgewirkungen auf Finanzierung und Versorgungssteuerung ab.

Auch aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollte der BA verbindliche Kriterien für die extrabudgetäre Vergütung von Leistungen gemäß § 87a Absatz 3 Satz 6 SGB V festlegen.

Hinsichtlich des TSVG hat der GKV-Spitzenverband den Forderungen des Bundesrechnungshofes zugestimmt. Die durch das TSVG verursachte Doppelfinanzierung sei abzubauen und Doppelfinanzierungen seien künftig generell zu vermeiden. Vertragsärztinnen und -ärzte hätten mit strategischen Kennzeichnungen die Honorarabrechnungen beeinflusst, dies müsse künftig wirksam ausgeschlossen werden.

Der GKV-Spitzenverband bezifferte die Mehrausgaben durch das TSVG anhand von Zahlen des InBA für das Jahr 2022 auf 630 Mio. Euro.

Aufgrund der seit dem Jahr 2023 weiterentwickelten Regelungen zur schnellen Terminvermittlung sei es zunächst zu weiteren Doppelfinanzierungen gekommen, da die zusätzlich extrabudgetär zu finanzierenden Behandlungen von über die TSS oder durch Hausärztinnen und -ärzte vermittelten Patienten nicht bereinigt würden. Aufgrund der stark angehobenen finanziellen Anreize sei mit einer erheblichen Umsteuerung bisheriger Terminvermittlungsformen auf die geförderten Vermittlungsformen zu rechnen, wodurch die erbrachten

Leistungen zukünftig einmal innerhalb des Budgets, einmal außerhalb des Budgets und zusätzlich in Form prozentualer Förderzuschläge für schnelle Vermittlungen zu finanzieren sein würden.

Im Hinblick auf die Wartezeiten auf eine vertragsärztliche Versorgung hat sich der GKV-Spitzenverband der Bewertung des Bundesrechnungshofes ausdrücklich angeschlossen. Vorgaben des Gesetzgebers, die die GKV zur Zahlung zusätzlicher Vergütung verpflichten, sollten auf empirischen Informationen und Datengrundlagen beruhen sowie die Erforderlichkeit gesetzgeberischen Eingreifens begründen.

Hinsichtlich der offenen Sprechstunden hat der GKV-Spitzenverband keine Nachweise einer besseren Versorgung gesehen. Vergütungserhöhungen sollten auf validen Feststellungen beruhen und entsprechend mit einer hohen Wahrscheinlichkeit zu einer verbesserten Versorgung führen. Gesetzlich Versicherte hätten schon seit jeher die Möglichkeit, auch ohne Termin eine Vertragsärztin bzw. einen Vertragsarzt, insbesondere der grundversorgenden Fachrichtungen, aufzusuchen und ambulant behandelt zu werden. Diese originäre Aufgabe werde aus der von den Krankenkassen zu zahlenden Gesamtvergütung finanziert. Einer zusätzlichen finanziellen Förderung habe es nicht bedurft.

Im Hinblick auf den gesetzlich festgelegten Zuschlag für die Hausarzt-zu-Facharzt-Vermittlung hat der GKV-Spitzenverband die Festlegung von absoluten Eurobeträgen für vertragsärztliche Leistungen durch den Gesetzgeber für höchst problematisch gehalten. Vertragsärztliche Vergütungen sollten ausschließlich von Selbstverwaltungsgremien verhandelt werden, um Verwerfungen bzw. ungewollte Folgen innerhalb des Vergütungssystems zu verhindern.

5.3 Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Die KBV hat kritisiert, der Bundesrechnungshof habe zu einseitig die Vergütungssystematik betrachtet und dabei die Versorgungssituation nicht ausreichend berücksichtigt. Die gemeinsame Selbstverwaltung von Krankenkassen und Ärzteschaft regule die Einzelheiten der vertragsärztlichen Versorgung auf der Grundlage gesetzlicher Vorgaben weitgehend selbst. Es sei nicht opportun und widerspreche der politischen Zielsetzung, wenn der Bundesrechnungshof in diesen Interessensausgleich einzugreifen versuche.

Der vereinbarte Behandlungsbedarf entspreche nicht dem tatsächlichen Behandlungsbedarf. Er setze lediglich auf dem ebenfalls vereinbarten Behandlungsbedarf des Vorjahres auf. Die Basis für diese Fortschreibungen seien nach dem GKV-WSG die seinerzeit abgerechneten Leistungsmengen gewesen, ohne Bezug zu den für die Versorgung notwendigen Finanzmitteln. Im BA finde eine Abwägung zwischen Kosten einerseits und Versorgungssituation oder -qualität andererseits statt. Aus Sicht der KBV bestehe kein Anreiz für Ärztinnen und Ärzte, Leistungen zu erbringen, die aufgrund des Budgets nicht vergütet würden.

Zudem dürfe die ambulante Versorgung nicht isoliert betrachtet werden. Wenn z. B. das ambulante Operieren ausgeweitet werde, führe dies zwar nicht zu Einsparungen im ambulanten

Sektor, aber u. U. zu insgesamt geringeren GKV-Ausgaben. Die notwendige Ambulantisierung der Versorgung in Deutschland werde nur mit extrabudgetären Leistungen erreicht werden können. Auch die gesellschaftlich geforderte Ausweitung der Prävention werde durch extrabudgetäre Vergütung nachweislich erreicht. Sie verursache zwar höhere Ausgaben bei der ambulanten Versorgung, führe jedoch zu einem gesellschaftlichen Gewinn durch eine gesündere Bevölkerung und womöglich zu Einsparungen in anderen Sektoren.

Zudem hat die KBV darauf hingewiesen, dass der Finanzbedarf nicht in allen Bereichen anhand der Veränderung der Morbidität ermittelt werden könne. So führe ein Anstieg bei Präventionsleistungen nicht zu einem entsprechenden Anstieg von Diagnosen und damit einer Erhöhung der MGV. Daraus würde eine „falsch niedrige“ MGV resultieren, wenn Präventionsleistungen in die MGV einbezogen würden.

Hinsichtlich der TSVG-Konstellationen sei die extrabudgetäre Vergütung notwendig, da die budgetierte Vergütung innerhalb der MGV keinerlei Anreize zur Durchführung zusätzlicher Untersuchungen und Behandlungen bei GKV-Versicherten biete. Es sei folgerichtig, dass die vertragsärztliche Vergütung durch das TSVG gestiegen sei. Der Bundesrechnungshof habe nur einseitig die GKV-Ausgabenseite betrachtet. Dabei habe er die vom Gesetzgeber intendierten Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen unberücksichtigt gelassen und daher die komplexen Wirkzusammenhänge im System der ambulanten Versorgung in Deutschland unzulässig vereinfacht.

Zum gesetzlich festgelegten Zuschlag für die Hausarzt-zu-Facharzt-Vermittlung hat die KBV ausgeführt, dass der Gesetzgeber mit den TSVG-Zuschlägen finanzielle Anreize zur Durchführung zusätzlicher Untersuchungen und Behandlungen bei GKV-Versicherten habe durchsetzen wollen. Deshalb müssten TSVG-Zuschläge nicht im Verhältnis zu anderen Leistungen stehen.

Zusammenfassend hat die KBV festgehalten, dass der Gesetzgeber mit der Verabschiedung des TSVG Anreize für Vertragsärztinnen und -ärzte habe setzen und den Zugang zur ambulanten Versorgung verbessern wollen.

6 Abschließende Würdigung und Empfehlung zur extrabudgetären Vergütung

Der Bundesrechnungshof hält an seiner Kritik und seinen Empfehlungen fest.

6.1 Grundkonzeption der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung als Regelfall zunehmend ausgehöhlt

Im Grundsatz sollten vertragsärztliche Leistungen einer Mengen- und Ausgabensteuerung unterliegen. Dies verhindert medizinisch nicht begründete Leistungsmengenausweitungen

und Ausgabensteigerungen.⁸⁶ Solche können zu höheren Beitragssätzen gesetzlich Versicherter führen oder höhere Bundeszuschüsse aus Steuermitteln nach sich ziehen. Diesem Effekt musste in der Vergangenheit bereits entgegengetreten werden. So waren medizinisch nicht nachvollziehbare plötzliche Ausgabensteigerungen und daraus folgende Beitragssatzerhöhungen Grund für die drastischen Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung durch das GSG.

Anreize zu übermäßigen Leistungsmengenausweitungen bergen zudem die Gefahr einer Fehlversorgung, weil sie Leistungserbringende motivieren könnten, nicht die medizinisch bestgeeignete Leistung zu erbringen, sondern die am besten vergütete („angebotsinduzierte Nachfrage“). Leistungsmengen- und Ausgabenbegrenzungen können demgegenüber zu Unterversorgung führen, wenn sich die medizinisch notwendige Versorgung und eine auskömmliche Vergütung für die Leistungserbringenden mit den bereitgestellten Mitteln nicht gewährleisten lassen.

Der Bundesrechnungshof hält das Grundkonzept der MGV für gut geeignet, diese Risiken zu beherrschen: Die Gesamtvergütung bemisst sich einerseits an der Entwicklung des medizinisch notwendigen Behandlungsbedarfs über alle Versicherten, andererseits über den Punktwert an der Kostenentwicklung für die Leistungserbringenden. Unbeschadet dessen hält er es für schlüssig, einzelne Leistungen oder Versorgungsformen außerhalb der ausgabenbegrenzten Gesamtvergütung zu fördern. Primäres Ziel solcher Maßnahmen muss aber stets sein, die Versorgungsqualität bzw. die Wirtschaftlichkeit zu erhöhen.

Die nicht mengengesteuerte extrabudgetäre Vergütung birgt Risiken (unverhältnismäßiger Ausgabenanstieg, Fehlversorgung der Versicherten durch Fehlanreize für Leistungserbringende, Planungsunsicherheit für Krankenkassen). Inzwischen entfallen mehr als 40 % der Vergütungszahlungen auf extrabudgetäre Leistungen. Einen sachlichen Grund für diese Aushöhung der Morbiditätsorientierung erkennt der Bundesrechnungshof nicht.

Der Bundesrechnungshof greift nicht unzulässig in Zuständigkeiten der gemeinsamen Selbstverwaltung ein. Er verkennt auch nicht die komplexen Wirkzusammenhänge im System der ambulanten bzw. sektorenübergreifenden Versorgung und die vom Gesetzgeber intendierten Auswirkungen. Er thematisiert vielmehr Fehlentwicklungen mit der Gefahr unkalkulierbarer Ausgabensteigerungen für die GKV. Angesichts der angespannten finanziellen Lage der GKV, wie der öffentlichen Haushalte insgesamt, hat die Ausgabensteuerung besondere Bedeutung. Die Kritik der KBV an der jährlichen Fortschreibung des notwendigen Behandlungsbedarfs stellt nicht die MGV generell in Frage, sondern lediglich deren Berechnungsgrundlagen.

Vergütungen außerhalb der MGV erscheinen schlüssig, soweit sie die Versorgungsqualität erhöhen bzw. Wirtschaftlichkeitspotentiale realisieren und dies bei einer Vergütung innerhalb der MGV nicht zu erreichen wäre. Dabei ist die ambulante Versorgung nicht isoliert zu betrachten, sondern eine sektorenübergreifende Gesamtschau anzustellen. Dies betrifft

⁸⁶ So auch KOMV-Bericht S. 117: Förderung von Kosteneffizienz und Minderung angebotsinduzierter Nachfrage.

z. B. Präventionsleistungen oder ambulante Operationen, die im Vergleich zu stationären Operationsleistungen wirtschaftlich sein können, auch wenn sie extrabudgetär vergütet werden. Positive Auswirkungen der extrabudgetären Vergütung auf die Wirtschaftlichkeit bzw. Versorgungsqualität müssen jedoch stets angemessen belegt sein. Der Bundesrechnungshof räumt in diesem Zusammenhang ein, dass manche Leistungen wie Präventionsleistungen nicht unbedingt einen konkreten Krankheitsbezug aufweisen und sich deshalb nicht ausreichend diagnosebezogen erfassen lassen. Diese Ausnahmefälle können nicht in die MGV einbezogen werden.

Schwer nachvollziehen kann der Bundesrechnungshof die Darstellung, es bestehe kein Anreiz für Vertragsärztinnen und -ärzte bestimmte Leistungen zu erbringen, wenn diese nicht vergütet würden. Wenn Leistungen nicht extrabudgetär vergütet werden, dann werden sie es – wenngleich gegebenenfalls quotiert – innerhalb der MGV. Vertragsärztinnen und -ärzte sind zudem verpflichtet, nach dem anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft zu behandeln, auch wenn es hierfür keinen gesonderten finanziellen Anreiz gibt.

6.2 Evaluierung und Überführung in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung notwendig

Zu den vom Bundesrechnungshof geforderten erweiterten Kompetenzen des BA im Hinblick auf die Bestimmung extrabudgetär vergüteter Leistungen hat das BMG mitgeteilt, es werde die Forderungen prüfen. Der Bundesrechnungshof hält das für unzureichend. Das derzeitige Verfahren ist nicht sachgerecht. Die Anzahl vom BA empfohlener extrabudgetärer Leistungen stieg in den vergangenen Jahren stetig an. Viele dieser Leistungen werden seit etlichen Jahren außerhalb der MGV vergütet. Daher sind extrabudgetär vergütete Leistungen fortwährend daraufhin zu evaluieren, ob sie die Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung signifikant erhöhen und deshalb ihre Vergütung außerhalb der MGV sachgerecht und notwendig ist. Dass bislang nur ein vergleichsweise geringer Teil der extrabudgetären Leistungen evaluiert wurde, ist unbefriedigend.

Die Bestimmung der besonders förderungswürdigen Leistungen nach § 87a Absatz 3 Satz 6 SGB V sollte nicht allein den regionalen Vertragspartnern obliegen. Der BA sollte hierfür verbindliche Kriterien bestimmen, die Grundlage seiner Empfehlungen für diese Leistungen sind. Sie sind anhand der notwendigen umfassenden Evaluierungen mit den Leitkriterien „Versorgungsqualität“ und „Wirtschaftlichkeit“ regelmäßig zu aktualisieren. Ob § 87a Absatz 3 Satz 6 SGB V dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und der Beitragssatzstabilität – wie das BMG meint – ausreichend Rechnung trägt, ist ungewiss, solange eine Evaluation der einzelnen Leistungen fehlt.

6.3 Extrabudgetäre Vergütung der TSVG-Konstellationen abschaffen

Strategische Kennzeichnung und Doppelfinanzierung billigend in Kauf genommen

Der Bundesrechnungshof begrüßt das Bekenntnis des BMG, strategische Kennzeichnungsmöglichkeiten und Doppelfinanzierungen vermeiden zu wollen. Er vermisst aber Maßnahmen, um dies zu unterbinden.

Zwar wird die Doppelfinanzierung offener Sprechstunden aufgrund der modifizierten Bereinigungsregelungen weitgehend vermieden. Höhere Mehrausgaben und Doppelfinanzierungen bleiben jedoch auch durch eine steigende Anzahl von TSS-Vermittlungen und die Erhöhung von Zuschlägen seit dem Jahr 2023 zu erwarten. Der Hinweis des BMG auf aktualisierte Ausgabenzahlen des InBA überzeugt nicht. Die jährlichen Mehrausgaben mögen dem vom Gesetzgeber geplanten mittleren dreistelligen Millionenbetrag entsprechen. Die TSVG-Leistungen bewirkten aber im Ergebnis eine unwirtschaftliche Doppelfinanzierung.

Ob Maßnahmen die Versorgung verbessern und mit einer extrabudgetären Vergütung einhergehen müssen, ist stets kritisch zu prüfen. Bislang offen ist hierbei, ob sich der Zugang zur ambulanten Versorgung durch die TSVG-Regelungen verbessert hat.

Notwendigkeit für verkürzte Wartezeiten nicht belegt

Auch hinsichtlich der Wartezeiten auf die vertragsärztliche Versorgung bleibt der Bundesrechnungshof bei seiner Auffassung: Gesetzliche Regelungen sollten auf aussagekräftigen Feststellungen beruhen, die eine Problemlage beschreiben und legislatives Handeln erfordern. Bei erwartbaren hohen Ausgaben zu Lasten der Beitrags- und Steuerzahlenden gilt dies insbesondere. Die Handlungsnotwendigkeit kann sich auch aus objektiv gestalteten und repräsentativen Umfragen ergeben. An geeigneten Belegen für die Notwendigkeit der TSVG-Regelungen zur Verkürzung der Wartezeit fehlte es jedoch.

Soweit das BMG in diesem Zusammenhang auf das Problem eines Ärztemangels in ländlichen Gegenden und höherer Behandlungsnotwendigkeit aufgrund des demografischen Wandels hinweist, hält der Bundesrechnungshof die TSVG-Regelungen für nicht ausreichend zielgerichtet. Sie greifen nämlich auch in übertersorgten Regionen. Zudem haben KVen und KBV ohnehin die ärztliche Versorgung sicherzustellen. Dies wird in den Gesamtverträgen berücksichtigt und mit der darin vereinbarten Vergütung abgegolten. Notwendige Vergütungssteigerungen für die Vertragsärztinnen und -ärzte aufgrund einer morbidieren Bevölkerung müssen in der morbiditätsbedingten Vergütung berücksichtigt werden.

Vergütung offener Sprechstunden nicht wirtschaftlich

Hinsichtlich der offenen Sprechstunde begrüßt der Bundesrechnungshof die grundsätzliche Zustimmung des BMG, Vergütungserhöhungen dürfe es nur geben, wenn sie aufgrund valider Feststellungen zu einer verbesserten Versorgung führen und wirtschaftlich sind. Der pauschalen Einschränkung, Vergütungserhöhungen seien auch dann wirtschaftlich, wenn sie Kostensteigerungen beim Betrieb einer Praxis ausgleichen, kann der Bundesrechnungshof hingegen nicht folgen. Im Hinblick auf offene Sprechstunden ist es nicht sachgerecht, eine einmalige Umstellung der Praxisorganisation durch eine andauernde Vergütungserhöhung zu honorieren. Eine bessere Versorgung infolge der extrabudgetären Vergütung für offene Sprechstunden ist zudem nicht belegt.

Zuschlag für Hausarzt-zu-Facharzt-Vermittlung stört Vergütungsgefüge

Hinsichtlich des gesetzlich festgelegten Zuschlages für die Hausarzt-zu-Facharzt-Vermittlung hält der Bundesrechnungshof an seiner Kritik fest. Gesetzlich festgelegte Zuschläge sollten nicht an die Stelle des notwendigen Verhandlungsprozesses der Selbstverwaltung treten. Die Mindesthöhe des TSVG-Zuschlags war gesetzlich festgelegt. Der BA hatte deshalb von vornherein keine Möglichkeit, die Vermittlungsleistung geringer zu bewerten.

Der Bundesrechnungshof sieht durch die gesetzlich festgelegten Zuschläge das EBM-Gefüge gestört. Hausärztinnen und -ärzte werden mit 15 Euro für die Vermittlung an Fachärztinnen und -ärzte höher honoriert als für die ärztliche Betreuung mit der Versichertenpauschale von 13,10 Euro für einen umfassenden Leistungsinhalt (Diagnostik und Therapie sowie die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen). Durch solche Ungleichgewichte können Fehlanreize in der Versorgung entstehen.

TSVG-Vergütungsregelungen streichen

Der Bundesrechnungshof bekräftigt seine Kritik am TSVG. Weder die Notwendigkeit der mit dem TSVG eingeführten Regelungen noch die Verbesserung der Versorgungsqualität sind bisher belegt. Die durch das TSVG eingeführten Vergütungsregelungen verursachten für die Krankenkassen allein bis Ende des Jahres 2021 Mehraufwendungen von mehr als 1 Mrd. Euro. Mehraufwendungen sind nur dann gerechtfertigt, wenn sie wirksam zur Lösung eines zuvor festgestellten Problems beitragen. Vor Inkrafttreten des TSVG hatten Versichertenbefragungen keinen Handlungsbedarf aufgezeigt. Auch das BMG selbst hatte kein steuerungsrelevantes Wartezeitenproblem als gesichert gesehen.

Die Regelungen des TSVG waren manipulationsanfällig, etwa durch die gezielte, strategische Kennzeichnung von TSVG-Konstellationen in vertragsärztlichen Abrechnungen. Der Bundesrechnungshof befürwortet, dass durch Rechtsänderungen die Manipulationsanfälligkeit beseitigt wurde. Jedoch wird durch die Festlegung der TSVG-Zuschläge im SGB V weiterhin das

verhandlungsbasierte Gefüge des EBM gestört. Dies kann zu Fehlanreizen in der Versorgung führen.

Der Bundesrechnungshof begrüßt, dass die extrabudgetäre Vergütung für die Behandlung von Neupatientinnen und -patienten zum Jahr 2023 eingestellt wurde. Aus seiner Sicht sollten auch die weiteren mit dem TSVG eingeführten Vergütungsregelungen einschließlich ihrer Modifikationen durch das GKV-FinStG entfallen. Sie sind nicht abhängig von der erbrachten ärztlichen Leistung, sondern allein von deren Begleitumständen (z. B. Zeitpunkt, Art der Terminvergabe). Die angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der vertragsärztlichen Versorgung ist bereits ausdrücklich vom Sicherstellungsauftrag umfasst, in der MGV berücksichtigt und deshalb von den Leistungserbringenden grundsätzlich ohne weitere finanzielle Anreize zu gewährleisten. Der Bundesrechnungshof hält es für verfehlt und unwirtschaftlich, die Erfüllung ohnehin bestehender gesetzlicher und vertraglicher Verpflichtungen mit GKV-Mitteln in Milliardenhöhe zu vergüten.

6.4 Entbudgetierung der hausärztlichen Vergütung nicht zielführend

Das BMG hat sich zur Kritik des Bundesrechnungshofes an Plänen zur generellen Entbudgetierung hausärztlicher Leistungen nicht konkret geäußert. Der Bundesminister für Gesundheit hat die Entbudgetierung hausärztlicher Leistungen indes wiederholt zugesagt.⁸⁷

Der Bundesrechnungshof wiederholt seine Zweifel, dass sich mit einer generellen Entbudgetierung die hausärztliche Versorgungsqualität allgemein signifikant erhöhen würde. Für diesen nicht erkennbaren Nutzen würde andererseits die Mengen- und Ausgabensteuerung der MGV im gesamten hausärztlichen Bereich abgeschafft. Die Budgetierung verfolgt das Ziel, dem Wirtschaftlichkeitsgebot Rechnung zu tragen und Versicherte vor nicht erforderlicher Leistungserbringung zu schützen. Ohne Budgetierung würde die Versorgung weniger gesteuert. Zudem würden Fehlanreize in der vertragsärztlichen Versorgung begünstigt.

Sofern eine Entbudgetierung hausärztlicher Leistungen etwaiger Unterversorgung entgegenwirken soll, muss sie auf unterversorgte Regionen beschränkt und ihr Nutzen in der Folge fortwährend überprüft werden. Vor einer Entbudgetierung hausärztlicher Leistungen sind die bestehenden Möglichkeiten etwa zur Förderung von Vertragsärztinnen und -ärzten in strukturschwachen Regionen auszuschöpfen.⁸⁸

Zudem könnten auch fachärztliche Leistungserbringende eine Aufhebung ihrer Budgetierung fordern, wenn Hausärztinnen und -ärzte generell keiner Honorarbegrenzung mehr unter-

⁸⁷ So u. a. auf dem SpiFa-Fachärztetag 2023, siehe <https://spifa.de/spifa-fachaerztetag-2023-tag-1/> (abgerufen am 24. Juli 2023).

⁸⁸ Beispielsweise können die regionalen Vertragspartner Zuschläge auf den Orientierungswert in unterversorgten Regionen vereinbaren und KVen können Zuschüsse zu Investitionskosten aus ihren Strukturfonds gewähren, §§ 87a Absatz 2 Satz 3, 105 Absatz 1a SGB V.

liegen. Würde dem generell nachgegeben, wäre die morbiditätsbedingte Mengen- und Ausgabensteuerung abgeschafft. Aus Sicht des Bundesrechnungshofes wäre ein solcher Eingriff in die Ausgabendisziplin in einem der größten Ausgabenblöcke der GKV unverständlich und im Ergebnis abzulehnen. Er verweist auf das Wirtschaftlichkeitsgebot, die angespannte finanzielle Lage der GKV und die sich gesamtsstaatlich verschlechternden wirtschaftlichen Umstände.

Der Bundesrechnungshof weist darauf hin, dass das BMG in seinen Stellungnahmen wiederholt auf die Empfehlungen nach § 220 Absatz 4 SGB V für eine stabile, verlässliche und solidarische Finanzierung der GKV verwiesen hat. Diese sollte es bis 31. Mai 2023 erarbeiten und dabei insbesondere die Ausgabenseite betrachten. Die Empfehlungen liegen bis heute aber lediglich im Entwurf vor und sind nicht veröffentlicht.

7 Zusammenfassende Empfehlungen

Der Bundesrechnungshof empfiehlt zusammenfassend:

- Die MGV sollte der Regelfall bei der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen sein. Der Ausgabenanteil extrabudgetärer Leistungen an der gesamten ärztlichen Vergütung sollte wieder deutlich reduziert werden. Sofern Leistungen extrabudgetär vergütet werden, muss dies entweder durch Wirtschaftlichkeit oder eine höhere Qualität der Versorgung gerechtfertigt sein.
- Der BA sollte verbindliche Kriterien bestimmen, nach denen vereinbarte extrabudgetäre Leistungen in die MGV einbezogen werden. Sobald die Gründe für eine extrabudgetäre Vergütung entfallen, sind die entsprechenden Leistungen in die MGV zu überführen. Grundlage solcher Entscheidungen müssen regelmäßige Evaluierungen aller extrabudgetären Leistungen im Hinblick auf Wirtschaftlichkeit und Versorgungsqualität sein. Entsprechende gesetzliche Regelungen sollten geschaffen werden.
- Der BA sollte verbindliche Kriterien bestimmen, nach denen eine Leistung im Sinne von § 87a Absatz 3 Satz 6 SGB V als besonders förderungswürdig extrabudgetär vergütet werden kann. Diese Kriterien müssen verbindliche Grundlage seiner Empfehlungen für solche Leistungen und auch für die regionale Vereinbarung solcher Leistungen sein. Das sollte der Gesetzgeber regeln.
- Die Budgetierung hausärztlicher Leistungen sollte nicht grundsätzlich aufgehoben werden. Sofern die Entbudgetierung die Versorgungsqualität in unterversorgten Regionen verbessern soll, ist sie auf diese Regionen zu beschränken und die Zielerreichung regelmäßig kritisch zu überprüfen. Von darüber hinausgehenden Entbudgetierungen rät der Bundesrechnungshof vor dem Hintergrund von Wirtschaftlichkeit und Versorgungsqualität, der schwierigen finanziellen Lage der GKV sowie der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung ab.
- Die durch das TSVG eingeführten und durch das GKV-FinStG teilweise modifizierten extrabudgetären Leistungen sollten entfallen. Sie führen zu hohen Mehrausgaben der GKV, ohne dass sie bislang die Versorgung der Versicherten nachweislich verbessern. Es ist bereits fraglich, ob überhaupt eine Problemlage mit Handlungsnotwendigkeit besteht.

Zudem umfasst der Sicherstellungsauftrag der KVen ohnehin die angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung vertragsärztlicher Versorgung. Sie ist deshalb grundsätzlich ohne zusätzliche finanzielle Anreize zu gewährleisten.

Dr. Weber

Sievers

Beglaubigt: Schadow, Tarifbeschäftigte

Wegen elektronischer Bearbeitung ohne Unterschrift und Dienstsiegelabdruck.