

## Maßnahmenpaket zur Stärkung der ambulanten ärztlichen Versorgung

---

Das Bundesministerium für Gesundheit hat in der laufenden Legislaturperiode bereits zahlreiche Maßnahmen zur Verbesserung der ambulanten Versorgung angestoßen. Weitere Reformen sind notwendig, um die ambulante ärztliche Versorgung zu stärken und von übermäßiger Bürokratie zu entlasten. Folgende Maßnahmen werden in diesem Jahr dafür auf den Weg gebracht:

### Reform der hausärztlichen Honorierung

- 1. Entbudgetierung aller Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung** (EBM-Kapitel 3.2) nach ähnlicher Systematik wie für die Kinder- und Jugendärzte. Überführung der Leistungen in eine „Hausarzt-Morbiditätsorientierte Gesamtvergütung (MGV)“; Ausgleichszahlungen durch Krankenkassen, falls Hausarzt-MGV nicht ausreicht  
**Ziel:** alle in der Hausarztpraxis erbrachten Leistungen werden vergütet und Entbürokratisierung durch Wegfall der Budgetbereinigung  
→ *Versorgungsstärkungsgesetz I*
- 2. Einführung einer jahresbezogenen hausärztlichen Versorgungspauschale für die Behandlung von erwachsenen Versicherten mit chronischer Erkrankung** (mit kontinuierlichem Arzneimittelbedarf). Die Versorgungspauschale ist je Versicherten jährlich einmal beim ersten Arzt-Patienten-Kontakt abrechenbar (unabhängig von der Anzahl weiterer Kontakte)  
**Ziel:** deutliche Senkung vermeidbarer Praxisbesuche in den Hausarztpraxen. Mehr Zeit für die medizinische Behandlung  
→ *Versorgungsstärkungsgesetz I*
- 3. Hausärztliche Vorhaltepauschale:** Für echte Versorgerpraxen, die maßgeblich die hausärztliche Versorgung aufrechterhalten, wird eine Vorhaltepauschale gesetzlich vorgegeben. Diese ist abrechenbar, wenn bestimmte Kriterien erfüllt sind (z.B. Hausbesuche, Mindestanzahl an Versicherten in Behandlung)  
**Ziel:** besondere Förderung von Praxen, die den größten Teil der Versorgung leisten und Hausbesuche durchführen  
→ *Versorgungsstärkungsgesetz I*
- 4. Einführung einer einmal jährlich abrechenbaren Vergütung für Hausärzte für eine qualifizierte Hitzeberatung vulnerabler Gruppen** im EBM  
**Ziel:** Zahl der Hitzetoten soll weiter gesenkt werden (Schätzungen RKI Hitzetote 2022: 4.500 – 2023: 3.200)  
→ *Versorgungsstärkungsgesetz I*

## Entbürokratisierung

1. **Einführung einer wirkungsvollen Bagatellgrenze bei den Wirtschaftlichkeitsprüfungen** von ärztlich verordneten Leistungen, um den bürokratischen Aufwand und den Zweck der Prüfungen in einem angemessenen Verhältnis zu halten  
**Ziel:** Vermeidung von unnötigen Wirtschaftlichkeitsprüfungen mit erheblichem bürokratischen Aufwand  
→ *Versorgungsstärkungsgesetz I*
2. **Festsetzung einer Ausschlussfrist von zwei Jahren für Beratungen im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung** entsprechend der Festsetzungen für Nachforderungen und Kürzungen  
**Ziel:** Planungssicherheit erhöhen und bürokratischen Mehraufwand vermeiden  
→ *Versorgungsstärkungsgesetz II*
3. Einführung der **Möglichkeit zur digitalen Teilnahme an Sitzungen der Beschwerdeausschüsse** durch Anpassung der Wirtschaftlichkeitsprüfungs-Verordnung  
**Ziel:** bessere Nutzung der Digitalisierung und Vermeidung unnötiger Wege  
→ *Versorgungsstärkungsgesetz II*
4. **Abschaffung des zweistufigen Antragsverfahrens in der Kurzzeittherapie** (Psychotherapie)  
**Ziel:** Beschleunigung des Versorgungszugangs in der Psychotherapie und Entbürokratisierung des Antragsverfahrens  
→ *Versorgungsstärkungsgesetz II*
5. **Vereinfachung bei den Vorgaben zur Einholung eines Konsiliarberichts bei ärztlich überwiesenen Patientinnen und Patienten** (Psychotherapie)  
**Ziel:** Verkürzung der Wartezeiten vor Beginn einer Psychotherapie  
→ *Versorgungsstärkungsgesetz II*
6. **Abschaffung der Präqualifizierungspflicht** für Vertragsärztinnen und -ärzte, die Hilfsmittel an Versicherte abgeben  
**Ziel:** Verbesserung der Hilfsmittelversorgung durch vereinfachte, unbürokratische Abgaberegelungen  
→ *Versorgungsstärkungsgesetz II*

## Digitalisierung

1. Entlastung der Praxen durch die Möglichkeit zur **Ausstellung von elektronischen Rezepten und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen** bei bekannten Patientinnen und Patienten **lediglich durch telefonische Konsultation**  
**Ziel:** Mehr Zeit für die medizinische Behandlung  
→ *Digitalgesetz (bereits verabschiedet)*

2. Modernisierung der Landschaft von Praxisverwaltungssystemen (PVS) durch ein Maßnahmenbündel, das transparente und verbindliche Vorgaben sowie Anreize vorsieht, um Funktionalitäten von Praxisverwaltungssystemen schneller und nutzerfreundlicher zu implementieren. Zeitgleich wird der **Wechsel zu leistungsfähigen Praxisverwaltungssystemen** durch die Ärzteschaft erleichtert  
**Ziel:** PVS-Systeme sollen mit der elektronischen Patientenakte einfacher und besser zusammenwirken  
→ *Gesetz zur Errichtung einer Digitalagentur*
3. Flexibilisierung des Umfangs, in dem **Videosprechstunden** erbracht werden können und Ermöglichung von **Homeoffice** für Ärzte  
**Ziel:** zusätzliche Sprechstundenangebote für Patientinnen und Patienten  
→ *Digitalgesetz (bereits verabschiedet)*
4. Umstellung des bisherigen **BtM-Rezeptes auf einen digitalisierten Verschreibungsprozess**, einschließlich digitaler Nachweisführung  
**Ziel:** einfachere und unbürokratischere Verordnung von Betäubungsmitteln  
→ *Digitalgesetz (bereits verabschiedet)*

## Sektorenübergreifende Versorgung

1. Zur Förderung der Ambulantisierung bislang unnötig stationär erbrachter Leistungen wurden **zum 1. Januar 2024 sog. Hybrid-DRG** eingeführt, die stetig weiterentwickelt werden.  
**Ziel:** Mehr derzeit noch stationär erbrachte Leistungen können und sollen in Zukunft ambulant erbracht werden  
→ *Rechtsverordnung in Kraft*
2. Im Rahmen der **Krankenhausreform** wird die **sektorenübergreifende Zusammenarbeit** insbesondere durch die Einführung von **Level 1i-Krankenhäusern** gestärkt.  
**Ziel:** wirtschaftliche Grundlage für ländliche, nicht spezialisierte Krankenhäuser soll gewährleistet werden. Neue Formen der Kooperation zwischen Haus- und Fachärzten sollen ermöglicht werden  
→ *Krankenhausfinanzierungsgesetz*