

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Achim Kessler, Susanne Ferschl, Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 19/2158 –**

Honorarrückzahlungsforderungen gegen Hausärztinnen und Hausärzte wegen Mengenüberschreitung bei Hausbesuchen

Vorbemerkung der Fragesteller

Medienberichten zufolge kam es zu hohen Honorarrückzahlungsforderungen an Vertragshausärztinnen und Vertragshausärzte aufgrund einer überdurchschnittlichen Zahl von Hausbesuchen. Als Vergleichsmaßstab bei der Prüfung diente der landesweite Mittelwert (www.hessenschau.de/gesellschaft/zwei-landaerzte-fuer-zu-viele-hausbesuche-abgestraft,landaerzte-hausbesuche-100.html, veröffentlicht am 14. April 2018; www.spiegel.de/karriere/hessen-landaerzte-muessen-wegen-zu-vieler-hausbesuche-honorar-zurueckzahlen-a-1203169.html).

Ogleich Deutschlands Ärztezahlen kontinuierlich steigen, haben Regionen im ländlichen Raum Schwierigkeiten, frei werdende Arztsitze zu besetzen. In einer Reihe von ländlichen Regionen droht oder existiert bereits ein Ärztemangel. Für die Menschen in diesen Regionen bedeutet dies z. T. lange Fahrtwege. Immobile Menschen sind auf eine aufsuchende hausärztliche Betreuung durch Hausbesuche angewiesen. Unter der Maßgabe schwieriger infrastruktureller Bedingungen stellt insbesondere die Zunahme der Hochbetagten in ländlichen Regionen eine Herausforderung für das System gesundheitlicher Versorgung dar (Raumordnungsbericht 2017 auf Bundestagsdrucksache 18/13700).

Wirtschaftlichkeit ist in einem solidarisch finanzierten Gesundheitssystem wichtig. Grundsätzlich muss jedoch eine bedarfsgerechte Versorgung ermöglicht und sichergestellt werden.

Mit unseren Fragen wollen wir in Erfahrung bringen, ob die bestehenden Regelungen zur Überprüfung der Anzahl der Hausbesuche die ambulante Versorgung im Hinblick auf erforderliche Hausbesuche im ländlichen Raum gewährleisten.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Die Sicherstellung einer bedarfsgerechten, flächendeckenden und möglichst wohnortnahen ärztlichen Versorgung ist ein zentrales gesundheitspolitisches Anliegen. Um den insbesondere auch mit Blick auf die Altersstruktur der Ärztinnen

und Ärzte steigenden Herausforderungen gerecht werden zu können, haben CDU, CSU und SPD im Koalitionsvertrag verschiedene Maßnahmen vereinbart, mit denen nicht nur die Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für die Tätigkeit von Ärztinnen und Ärzten, sondern auch der Zugang der Versicherten zur Versorgung insbesondere auch in ländlichen Regionen verbessert werden sollen.

Um die ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung im Solidarsystem der gesetzlichen Krankenversicherung zu gewährleisten, haben die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen die Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Leistungen zu prüfen und damit auch die Versorgung entsprechend sicherzustellen. Die Wirtschaftlichkeit ärztlicher Leistungen wird nach § 106a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) auf der Grundlage von Stichproben geprüft, die mindestens 2 Prozent der Ärzte je Quartal umfassen (sog. Zufälligkeitsprüfung). Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen vereinbaren den Inhalt und die Durchführung dieser Prüfungen. Darüber hinaus erlaubt § 106a Absatz 4 Satz 3 SGB V unter anderem Prüfungen ärztlicher Leistungen nach Durchschnittswerten. Die Prüfung nach Durchschnittswerten ist allerdings nicht zwingend und obliegt in ihrer Ausgestaltung der alleinigen Verantwortung der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung mit den Krankenkassen. Insbesondere die Kassenärztlichen Vereinigungen haben auf angemessene und sachgerechte Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu achten, die einen Ausgleich zwischen Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung und wirtschaftlicher Leistungserbringung ermöglichen.

1. Welche Vergleichskriterien werden nach Kenntnis der Bundesregierung bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen von Hausbesuchen in den 17 KV-Bezirken (KV = Kassenärztliche Vereinigung) in den Prüfstellen zugrunde gelegt?

Inwiefern spielen auch regionale Verbindungen mit dem öffentlichen Personennahverkehr, die Versorgung von Pflegeheimen, das Patientenkollektiv der Praxis und andere Praxisbesonderheiten eine Rolle (bitte für alle 17 KV-Bezirke getrennt darstellen)?

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat dem Bundesministerium für Gesundheit auf Nachfrage die in Tabelle 1.1 und 1.2 (vgl. Anlage) dargestellten Informationen zur Verfügung gestellt. Diese wurden von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bei den Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen der Kleinen Anfrage abgefragt.

2. Wie bewertet die Bundesregierung die Vergleichskriterien bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung von Hausbesuchen in den 17 KV-Bezirken im Hinblick auf die Gewährleistung einer bedarfsgerechten Versorgung (bitte für alle 17 KV-Bezirke getrennt darstellen)?

Die Wirtschaftlichkeitsprüfungen für ärztliche Leistungen sind – wie in der Vorbemerkung der Bundesregierung bereits dargelegt – zur besseren Berücksichtigung von regionalen Besonderheiten im Wesentlichen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen zu konkretisieren. Es liegt somit in deren Verantwortung, angemessene und sachgerechte Wirtschaftlichkeitsprüfungen auch im Hinblick auf die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung auszugestalten und durchzuführen. Hierzu ist nach der Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des GKV-Spitzenverbandes gemäß § 106a Absatz 3 SGB V im Rahmen von Zufälligkeitsprüfungen die Berücksichtigung von Unterschieden in der Praxisstruktur (sog. Praxisbesonderheiten) oder in der Behand-

lungsnotwendigkeit der Patientinnen und Patienten vorgesehen. Es ist insbesondere die Aufgabe der zuständigen Aufsichtsbehörden der Länder, die Umsetzung angemessener und sachgerechter Wirtschaftlichkeitsprüfungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen zu überwachen und hierauf hinzuwirken.

3. Wie viele Hausbesuche wurden nach Kenntnis der Bundesregierung von Hausärztinnen und Hausärzten im Zeitraum von 2008 bis 2017 jeweils durchgeführt (bitte im Bundesdurchschnitt sowie pro KV-Bezirk angeben)?

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat auf Grundlage der Abrechnungsstatistik dem Bundesministerium für Gesundheit auf Nachfrage die in Tabelle 2 dargestellte Anzahl der von Hausärzten durchgeführten Hausbesuche in den Jahren 2009 bis 2016 zur Verfügung gestellt. Die in der Tabelle dargestellte Anzahl an Hausbesuchen im Jahr 2017 entspricht einer Hochrechnung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung auf Basis vorliegender Daten.

Tabelle 2: Hausbesuchshäufigkeit

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Schleswig-Holstein	1.278.436	1.224.129	1.202.636	1.191.424	1.175.639	1.150.219	1.101.843	1.048.617	1.030.000
Hamburg	510.935	487.284	499.002	512.350	533.719	545.584	533.830	527.564	540.000
Bremen	192.553	176.026	168.405	159.819	157.643	156.706	152.586	144.626	140.000
Niedersachsen	3.517.844	3.274.216	3.181.938	3.139.463	3.119.938	3.075.852	3.009.409	2.890.563	2.820.000
Westfalen-Lippe	2.117.995	1.967.035	1.902.919	1.838.316	1.811.473	1.783.953	1.736.451	1.667.563	1.610.000
Nordrhein	2.627.305	2.480.314	2.467.999	2.478.367	2.480.098	2.501.486	2.481.890	2.416.854	2.380.000
Hessen	2.516.150	2.376.173	2.307.277	2.270.530	2.238.144	2.190.831	2.114.866	2.010.124	1.940.000
Rheinland-Pfalz	1.941.424	1.806.440	1.762.453	1.711.613	1.660.981	1.631.416	1.597.958	1.538.956	1.510.000
Baden-Württemberg	4.198.830	3.676.885	3.377.223	3.213.948	3.052.273	2.849.202	2.697.435	2.575.552	2.500.000
Bayerns	5.179.339	3.649.176	5.868.530	5.380.405	4.808.969	4.730.641	4.750.895	4.571.014	4.420.000
Berlin	983.305	938.810	942.399	941.662	953.635	954.786	950.976	931.981	930.000
Saarland	288.787	278.399	279.674	284.255	321.619	429.659	446.638	462.497	470.000
Mecklenburg-Vorpommern	643.964	613.471	598.922	582.137	576.277	566.544	554.487	541.386	530.000
Brandenburg	715.930	677.362	654.916	637.093	642.618	650.299	634.216	614.465	600.000
Sachsen-Anhalt	981.341	898.223	864.724	834.136	818.553	801.950	773.058	740.072	730.000
Thüringen	1.009.831	944.073	903.585	881.675	922.361	1.088.288	1.142.798	1.103.202	1.090.000
Sachsen	1.632.036	1.557.769	1.519.667	1.499.146	1.499.926	1.488.421	1.459.524	1.411.646	1.370.000
Bund	30.336.005	27.025.785	28.502.269	27.556.339	26.773.866	26.595.837	26.138.860	25.196.682	24.610.000

Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2018

Darüber hinaus hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung dem Bundesministerium für Gesundheit die in der nachfolgenden Tabelle 3 dargestellte Anzahl an Hausbesuchen je Hausarzt zur Verfügung gestellt. Hierfür gelten die oben genannten Anmerkungen gleichermaßen.

Tabelle 3: Hausbesuche je Arzt

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Schleswig-Holstein	689	656	646	641	630	612	586	559	540
Hamburg	483	461	476	494	511	529	523	524	537
Bremen	448	412	397	379	372	368	367	350	342
Niedersachsen	733	679	657	645	640	627	615	594	577
Westfalen-Lippe	453	422	410	396	392	389	379	363	349
Nordrhein	456	432	432	434	432	432	427	418	410
Hessen	665	634	615	606	595	584	561	535	506
Rheinland-Pfalz	738	687	670	652	637	629	615	594	585
Baden-Württemberg	617	544	503	482	460	433	412	395	379
Bayerns	603	426	683	627	560	551	557	537	517
Berlin	458	444	452	456	461	460	462	452	455
Saarland	552	531	530	545	616	825	864	885	894
Mecklenburg-Vorpommern	572	546	536	523	516	506	492	479	464
Brandenburg	477	453	437	425	430	434	419	404	390
Sachsen-Anhalt	678	625	602	584	576	568	550	526	523
Thüringen	683	643	623	608	639	762	795	770	754
Sachsen	613	590	578	570	571	571	558	539	525
Bund	592	529	559	542	527	524	516	498	484

Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2018

4. Wie häufig kam es nach Kenntnis der Bundesregierung in den einzelnen KV-Bezirken jeweils im Zeitraum von 2008 bis 2017 zu Honorarrückzahlungsforderungen an Hausärztinnen und Hausärzte?

Wie viele davon beruhten auch oder ausschließlich auf ärztlichen Hausbesuchen?

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat dem Bundesministerium für Gesundheit auf Nachfrage die in Tabelle 4 (vgl. Anlage) dargestellten Daten zur Verfügung gestellt. Diese wurden von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bei den Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen der Kleinen Anfrage abgefragt.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung weist darauf hin, dass bei den Angaben zur Anzahl der Honorarrückzahlungsforderungen bei Hausärztinnen und Hausärzten in den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen auch deren unterschiedliche Größen zu berücksichtigen seien. Ferner sei eine Differenzierung der Anzahl der Honorarrückzahlungsforderungen für Hausbesuche in der Regel nicht möglich. Die Angaben hierzu enthielten daher zum Teil auch andere Honorarrückzahlungsgründe. Zudem unterschieden sich die Zählweisen in den Kassenärztlichen Vereinigungen. Grundsätzlich zähle eine Ärztin oder ein Arzt, der in vier Quartalen betroffen ist, vier Mal, wohingegen sich in Hessen die Anzahl auf ein ganzes Jahr beziehe.

5. Wie hoch sind nach Kenntnis der Bundesregierung die geforderten Summen in den jeweiligen KV-Regionen (bitte nach Höhe der Rückzahlungsforderungen gruppieren)?

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat nach Abfrage bei den Kassenärztlichen Vereinigungen dem Bundesministerium für Gesundheit die in Tabelle 5 (vgl. Anlage) dargestellten Daten zur Verfügung gestellt.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung weist darauf hin, dass sich die Summen in der Regel auf Kürzungsbeträge der Erstbescheinigungen bezögen. Die Ergebnisse aus Widerspruchsverfahren seien in der Regel nicht berücksichtigt, so dass die tatsächlichen Summen zum Teil niedriger ausfielen. Zudem sei eine exakte

Differenzierung der Summe der Honorarrückzahlungsforderungen für Hausbesuche in der Regel nicht möglich; diese enthielten daher zum Teil auch Beträge für andere Prüfgegenstände.

6. Inwiefern hält die Bundesregierung Verfahren, bei denen bei der Prüfung der Anzahl der Hausbesuche nicht zwischen Stadt- und Landpraxen differenziert wird, für angemessen?

Ist es aus Sicht der Bundesregierung sinnvoll, die Anzahl der Hausbesuche nach Stadt- und Landpraxen getrennt zu bewerten?

Gegenstand der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit in den gesetzlich vorgesehenen Zufälligkeitstests sind nach § 106a Absatz 2 SGB V die Notwendigkeit der Leistung (Indikation), die Eignung der Leistung (Effektivität), die fachgerechte Erbringung der Leistung (Qualität) und die Angemessenheit der mit der Leistung verursachten Kosten im Hinblick auf das Behandlungsziel. Bei der Durchführung von gesetzlich nicht vorgeschriebenen Durchschnittswertprüfungen sind nach Auffassung der Bundesregierung angemessene und sachgerechte Vergleichsgruppen durch die regionalen Vertragspartner zu gewährleisten. Welche Vergleichsgruppen angemessen und sachgerecht sind, kann sich in den verschiedenen Kassenärztlichen Vereinigungen aufgrund von regionalen Besonderheiten unterscheiden. Es ist die Aufgabe der jeweils zuständigen Aufsichtsbehörde der Länder, dies zu überprüfen und ggf. auf eine angemessene und sachgerechte Bildung von Vergleichsgruppen hinzuwirken.

7. Inwiefern befürwortet die Bundesregierung, eine bundeseinheitliche Vorgehensweise der Prüfstellen im Hinblick auf die Berücksichtigung regionaler und Praxisbesonderheiten (z. B. Vergleichsgruppen zur Festlegung der Sollwerte)?
8. Welche Möglichkeiten sieht die Bundesregierung, eine bundeseinheitliche Vorgehensweise bei den Prüfverfahren zu befördern, z. B. durch eine Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses?

Die Fragen 7 und 8 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Aus Sicht der Bundesregierung ist die Berücksichtigung von Besonderheiten der Praxisstrukturen und der Behandlungsnotwendigkeiten der Patientinnen und Patienten bei der Durchführung von Wirtschaftlichkeitstests grundsätzlich sinnvoll. Diese sind bundesweit in der Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des GKV-Spitzenverbandes nach § 106a Absatz 3 SGB V vorgesehen.

9. Beabsichtigt die Bundesregierung, Konsequenzen zur Verbesserung der ambulanten ärztlichen Versorgung durch Hausbesuche in ländlichen Regionen zu ziehen?

Wenn ja, welche Maßnahmen beabsichtigt die Bundesregierung?

Bisher bezieht sich die Berichterstattung, auf die die Fragensteller Bezug nehmen, auf wenige Fälle in der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen. Es liegt in der Verantwortung der Beteiligten auf Landesebene, die jeweiligen Regelungen auf Ebene der Kassenärztlichen Vereinigung auf Ihre Angemessenheit und Sachgerechtigkeit zu überprüfen. Auf die Antwort zu Frage 2 wird verwiesen. Wie in der Vorbemerkung der Bundesregierung dargelegt, sind im Koalitionsvertrag ver-

schiedene Maßnahmen vorgesehen, die den Zugang der Versicherten zur Versorgung verbessern und eine wohnortnahe Versorgung stärken. Die Bundesregierung wird darauf hinwirken, dass diese durch entsprechende gesetzliche Regelungen umgesetzt werden. So werden z. B. von der geplanten Anhebung des Mindestsprechstundenangebots der Vertragsärztinnen und -ärzte von 20 auf 25 Stunden auch Hausbesuche erfasst, so dass diese Maßnahme zur Stärkung der aufsuchenden Versorgung beiträgt.

Tabelle 1.1 : Vergleichskriterien bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen für Hausbesuche

Welche Vergleichskriterien werden bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen von Hausbesuchen in Ihrem Bezirk in den Prüfstellen zugrunde gelegt?

Schleswig-Holstein	Es gibt 2 Möglichkeiten, um gezielt die Besucherleistungen zu prüfen. 1. als Prüfung der Leistungsrate (alle Besuchsziffern im Komplex) --> wenn bei den Besuchern der Fallwert der Vergleichsgruppe um mehr als 200 % der mittleren Abweichung überschritten wird, 2. als Prüfung von Einzelleistungen (einzelner Besuchsziffern) --> wenn die durchschnittliche Absatzfrequenz der Vergleichsgruppe um mehr als 100 % überschritten wird. In die Ermittlung dieser statistischen Vergleichszahlen sind nur die Abrechnungen einzubeziehen, in denen die betreffenden Leistungen enthalten sind (Erdringer)
Hamburg	Bei statistischen Vergleichsprüfungen von Einzelleistungen können nur fachgruppenhygiene Leistungen berücksichtigt werden
Bremen	In der Kürze der Zeit konnte eine Antwort nicht erfolgen.
Niedersachsen	Hausbesuche werden im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung ausschließlich unter Zugrundelegung der statistischen Vergleichsprüfung (Durchschnittsprüfung) geprüft.
Westfalen-Lippe	Anmerkung: Rückmeldung der KV liegt noch nicht vor.
Nordrhein	Es werden im Rahmen der Vergleichsbetrachtung die Durchschnittswerte der Vergleichsgruppe herangezogen (Rechtsprechung) im Übrigen gelten die zur Wirtschaftlichkeitsprüfung in der Prüfvereinbarung vereinbarten Regelungen
Hessen	Die Kriterien ergeben sich aus der ab 01.01.2017 vereinbarten hessischen Prüfvereinbarung mit Schwellenwerten von Leistungsgruppe + 60 % und Leistungsziffer + 100 % In der "alten" Prüfvereinbarung die ihre Gültigkeit vom 01.01.2008 bis 31.12.2016 hatte waren keine Schwellenwerte definiert. Hier arbeitet die Prüfungsstelle aber sowohl bei der Leistungsgruppe wie auch der Leistungsziffer mit einer Überschreitung > 100 % Der Vergleich der Praxis erfolgt mit den ca. 2.800 vollzugelassenen Allgemeinärzten und hausärztlichen Internisten in Hessen
Rheinland-Pfalz	Anmerkung: Rückmeldung der KV liegt noch nicht vor.
Baden-Württemberg	Für aktuelle Prüfverfahren aus diesem Zeitraum liegen noch keine Ergebnisse der Prüfungsstelle vor. Hausbesuche sind nach derzeitigem Wissensstand nicht Gegenstand der Prüfungen. Nach Rücksprache mit der Prüfungsstelle erdringen sich insoweit auch Ausdrückungen zu Punkt 1.1 und 1.2.
Bayern	Drei Kriterien müssen in der Regel für statistische Auffälligkeit in der WP erfüllt sein: -Überschreitung zu Prüfgruppe bei einzelner GOP > 200 % -plus > 2500€ Volumen der GOP -plus 50% Ansatz der GOP in der Prüfgruppe.
Berlin	Aktuell erfolgt die Prüfung der ärztlich erbrachten Leistungen nur im Rahmen der Zufälligkeitprüfung im Wege der repräsentativen Einzelfallprüfung mit Hochrechnung von einzelnen GOPs, GOPs, welche die Erbringung von Hausbesuchen zum Gegenstand haben, sind aktuell nicht Prüfgegenstand.
Saarlund	Anmerkung: Rückmeldung der KV liegt noch nicht vor.
Mecklenburg-Vorpommern	In der Kürze der Zeit war eine Befragung der Prüfungsstelle nicht möglich.
Brandenburg	Prüfkriterien gemäß § 18 Abs. 6 der Prüfvereinbarung: Prüfung der Leistungsgruppe 02 (Besuche, Visiten) - Leistungsabrechnungen, bei denen in der LG der Fallwert der Vergleichsgruppe der Hausätze um mehr als 60 % überschritten wird und Leistungsabrechnungen, bei denen die Häufigkeit einzelner Leistungen gem. EBM pro Behandlungsfall den Wert der Vergleichsgruppe um mehr als 100 % überschreitet.
Sachsen-Anhalt	Vergleich jeweils mit allen Praxen derselben Vergleichsgruppe in Sachsen-Anhalt, getrennt nach Allgemeinmedizinern (ca. 870 Praxen) und Hausarztcheministen (ca. 350 Praxen) ohne Unterscheidung Stadt/Land / ohne Hausbesuche im organisierten Notdienst /
Thüringen	Aufgreifkriterium: mehr als 100 % Überschreitung bei einzelner Hausbesuchsziffernummer des EBM. Seit 2016 sind keine Vergleichskriterien mehr in Bezug auf Hausbesuche in der Thüringer Prüfvereinbarung festgelegt. Bis 2015 gab es statistische Prüfungen zu ärztlichen Leistungen, jedoch nur bezogen auf bestimmte, jahresweise festgelegte Leistungen. Im Jahr 2011 waren auch Hausbesuche Prüfgegenstand.
Sachsen	In der Kürze der Zeit konnte eine Antwort nicht erfolgen.

Quelle: Kassenzentrale Bundesvereinigung, 2018

Tabelle 1.2.: Vergleichskriterien bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen für Hausbesuche

	Inwiefern spielen auch regionale Verbindungen mit dem öffentlichen Personennahverkehr, die Versorgung von Pflegeheimen, das Patientenkollektiv der Praxis und andere Praxisbesonderheiten eine Rolle?
Schleswig-Holstein	Diese Dinge spielen alle eine große Rolle und werden auch berücksichtigt. Schleswig-Holstein ist ein Flächenland. Wir sehen es als richtig an, dass mobile Ärzte ihre immobilen Patienten besuchen. Wir stellen Ärzten, die viele Hausbesuche machen also positiv gegenüber. Allerdings bietet die monetäre Bewertung der unterschiedlichen Besuchsziffern vereinzelt auch Anreize zum unwirtschaftlichen Verhalten. Bei den vorgenommenen Kürzungen ging es daher fast immer darum, wie die Besuche erbracht und abgerechnet wurden. In allen gekürzten Fällen war eine sachlich-rechnerische Korrektur durch die KVSH nicht möglich. Deshalb wurde im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung gekürzt. Hierbei geht es insbesondere auch darum, wirtschaftlich abrechnende Hausärzte zu schützen.
Hamburg	Die Versorgung von Pflegeheimen und das Patientenkollektiv können im Einzelfall eine Rolle spielen.
Bremen	In der Kürze der Zeit konnte eine Antwort nicht erfolgen.
Niedersachsen	Einzelfallbewertung im Rahmen einer konkreten Prüfung.
Westfalen-Lippe	Anmerkung: Rückmeldung der KVV liegt noch nicht vor.
Nordrhein	Praxisbesonderheiten wie Alten- und Pflegeheim und Besonderheiten, soweit sie nach Aktenlage erkennbar sind, finden bei der Antragstellung Berücksichtigung. Die Bewertung der Wirtschaftlichkeit einer Praxis liegt ausschließlich im Kompetenzbereich der Prüfungsstelle der Ärzte und Krankenkassen für den jeweiligen Bereich.
Hessen	Bezüglich der Berücksichtigung regionaler Verbindungen ist zunächst auf Kommentierungen (Wezell/Lebold) zu Hausbesuchen im EBM hinzuweisen: "In der vertragsärztlichen Versorgung kann ein Besuch nur dann berechnet werden, wenn der Kranke aus medizinischen Gründen den Arzt nicht in seiner Praxis aufsuchen kann, der Besuch also wegen einer Erkrankung erforderlich ist. Besuche aus Gefälligkeit bei Patienten, die eigentlich die Praxis aufsuchen können, sind nicht als solche abrechnungsfähig, doch kann auch in solchen Fällen die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpraxis abgerechnet werden. „Gefälligkeitssuche“ ergeben sich vor allem dann, wenn einzelne Landärzte routinemäßig Ortschaften und alle die dort wohnenden Kranken aufsuchen. Dergleichen können sogenannte Gelegenheitsbesuche nicht als Besuche abgerechnet werden." Demnach darf eine fehlende Verkehrsinfrastruktur bei der Wirtschaftlichkeitsfrage von Hausbesuchen keine Rolle spielen. Selbstverständlich sind Praxisbesonderheiten zu berücksichtigen. Dies kann z. B. eine besondere Versorgungslage sein (z. B. die Versorgung von Phase F Patienten in Pflegeheimen) oder die Versorgung von Heimen mit schwer polymorbid erkrankten Drogenabhängigen mit fortgeschrittenen HIV-Erkrankungen, Hepatitis B und C, Substitution der Drogensucht, Komorbidität mit diversen psychiatrischen Erkrankungen und Alkoholisimus. Um hier eine sachgerechte Bewertung vornehmen zu können, arbeitet die Prüfungsstelle grundsätzlich mit sachverständigen Prüfärzten zusammen, da aus der eigenen Erfahrung der Praxis Praxisbesonderheiten einschätzen und eine medizinische Bewertung vornehmen können.
Rheinland-Pfalz	Anmerkung: Rückmeldung der KVV liegt noch nicht vor.
Baden-Württemberg	Siehe Antwort zu Frage 1.1
Bayern	Praxisbesonderheiten sind zu berücksichtigen, sofern diese durch die Prüfungsstelle ermittelt, durch den Arzt glaubhaft gemacht oder auch bereits anerkannt bzw. bekannt sind. Die genannten Beispiele können zu Praxisbesonderheiten führen.
Berlin	Siehe Antwort zu Frage 1.1
Saarland	Anmerkung: Rückmeldung der KVV liegt noch nicht vor.
Mecklenburg-Vorpommern	In der Kürze der Zeit war eine Befragung der Prüfungsstelle nicht möglich.
Brandenburg	Die Prüfungsstelle (erstinstanzlich) wie auch der Beschwerdeausschuss (zweitinstanzlich nach Widerspruch) entscheiden über Praxisbesonderheiten, soweit diese im Rahmen der jeweiligen Stellungnahme begründet vorgetragen werden.
Sachsen-Anhalt	Als Praxisbesonderheit anerkannt: hoher Anteil Chroniker/Femmer, sehr ländliches, unterversorgtes Praxisgebiet, Betreuung größerer Zahl von Pflegeheim- und/oder Palliativpatienten, d.h. keine oder niedrigere Honorarkürzung (ungünstige Verkehrsbindung/Infrastruktur sind kein ausgewiesener Grund für Hausbesuche, sondern allein medizinische Notwendigkeit, Berücksichtigung ergibt sich dennoch indirekt aus o.g. Kriterien).
Thüringen	Es waren keine Praxisbesonderheiten festgelegt. Allgemein wurde geprüft, ob die Hausbesuche wegen der Erkrankung des Patienten medizinisch notwendig waren. Das Nicht-Vorhandensein eines ÖPNV wurde eine Hausbesuchstätigkeit nicht rechtfertigen.
Sachsen	In der Kürze der Zeit konnte eine Antwort nicht erfolgen.

Quelle: Kassenzärztliche Bundesvereinigung, 2018

Tabelle 4: Honorarrückzahlungsforderungen bei Hausärztinnen und Hausärzten

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Schleswig-Holstein	-	-	-	118	120	138	150	111	95	nicht abgeschlossen
Hamburg	-	-	-	8	8	9	8	5	4	-
Bremen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Niedersachsen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Westfalen-Lippe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nordrhein	39	38	54	57	46	46	23	26	29	20
Hessen	9	9	7	7	7	17	8	5	6	3
Rheinland-Pfalz	-	-	-	57	97	127	131	10	18	19
Baden-Württemberg	-	-	-	21	38	55	63	6	16	11
Bayerns	46	217	393	278	268	168	151	156	29	-
Berlin	32	118	133	92	69	32	38	23	3	-
Saarland	8	6	4	17	20	8	2	noch nicht geprüft	-	-
Mecklenburg-Vorpommern	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Brandenburg	-	4	8	4	-	-	-	-	-	-
Sachsen-Anhalt	-	4	4	2	-	-	-	-	-	-
Thüringen	13	44	27	23	21	19	20	37	34	-
Sachsen	4	24	12	6	4	4	4	12	-	-
	Insgesamt keine Registrierung nach Häufigkeiten.									
	Insgesamt keine Registrierung nach Häufigkeiten.									
	In der Kürze der Zeit konnte eine Antwort nicht erfolgen.									
	In der Kürze der Zeit konnte eine Antwort nicht erfolgen.									

Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2018

